

**atp**associazione
ticinese
psicologi

FORMULARIO DI PREAVVISO

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____

Domicilio _____

Indirizzo email _____

Appartenente alla seguente associazione di categoria

- ATP-FSP
- ASP
- SBAP
- Altro (specificare quale): _____
- Nessuna

Dichiaro sotto la mia responsabilità:

A- di aver cominciato la formazione postgraduale in psicoterapia nel (indicare mese e anno): _____

B- di aver ottenuto l'autorizzazione cantonale al libero esercizio dell'attività clinica di psicoterapeuta in Ticino (indicare mese e anno): _____

C- di aver svolto le seguenti esperienze di pratica clinica, in qualità di psicoterapeuta in formazione e/o psicoterapeuta abilitato/a, a partire dall'anno di inizio formazione postgraduale indicato in "A" (se attività in proprio, specificare "attività indipendente" allegando i relativi giustificativi AVS, IDI,...):

- DATORE DI LAVORO: _____

Dal / al : _____

In qualità di psicoterapeuta : in formazione autorizzato

Tasso occupazionale: _____ %

Istituto riconosciuto ISFM¹: SI NO

- DATORE DI LAVORO: _____

Dal / al : _____

In qualità di psicoterapeuta : in formazione autorizzato

Tasso occupazionale: _____ %

Istituto riconosciuto ISFM: SI NO

- DATORE DI LAVORO: _____

Dal / al : _____

In qualità di psicoterapeuta : in formazione autorizzato

Tasso occupazionale: _____ %

Istituto riconosciuto ISFM: SI NO

- DATORE DI LAVORO: _____

Dal / al : _____

In qualità di psicoterapeuta : in formazione autorizzato

Tasso occupazionale: _____ %

Istituto riconosciuto ISFM: SI NO

¹ Istituto Svizzero di Formazione Medica. Al/lla richiedente è richiesto di verificare che il proprio datore di lavoro sia nell'elenco dei posti di pratica riconosciuti dalla FMH sul sito: <https://www.siwf-register.ch/default.aspx>

- DATORE DI LAVORO: _____

Dal / al : _____

In qualità di psicoterapeuta : in formazione autorizzato

Tasso occupazionale: _____ %

Istituto riconosciuto ISFM: SI NO

- DATORE DI LAVORO: _____

Dal / al : _____

In qualità di psicoterapeuta : in formazione autorizzato

Tasso occupazionale: _____ %

Istituto riconosciuto ISFM: SI NO

- DATORE DI LAVORO: _____

Dal / al : _____

In qualità di psicoterapeuta : in formazione autorizzato

Tasso occupazionale: _____ %

Istituto riconosciuto ISFM: SI NO

D- di aver svolto un numero totale di _____ ore di supervisione e/o
intervisione nell'arco del triennio precedente alla data odierna (allegare certificati)

Luogo, data: _____ Firma: _____

Attraverso la mia firma, confermo la veridicità dei dati forniti e dei documenti allegati.

Questo formulario va compilato in tutte le sue parti e rispedito, compresi gli allegati, via email all'indirizzo seguente:

preavviso@psicologi-ticino.ch

DA ALLEGARE

- a dimostrazione dell'attività clinica svolta pf allegare attestati di lavoro e/o dimostrazione di lavoro in qualità di indipendente (dichiarazione affiliazione AVS, IDI, ...)
- a dimostrazione dell'attività di supervisione pf allegare certificati di supervisione e/o intervizione (min 7ore/anno negli ultimi 3 anni, per un totale di 21 ore)

Spazio riservato ad ATP

PREAVVISO

Favorevole

Non favorevole