



**UNIVERSITÀ  
DI TORINO**

Dipartimento  
Psicologia

**NULLA OSTA**

Al/la Direttore/Direttrice della Scuola di  
Specializzazione in Neuropsicologia,

Università degli Studi di Torino

Si dichiara che il/la Dott./Dott.ssa .....  
Iscritto/a al ..... anno della Scuola di Specializzazione in Neuropsicologia, afferente al  
Dipartimento di Psicologia dell'Università di Torino è autorizzato/a a svolgere nel corso dell'anno  
..... il tirocinio formativo previsto dal suo corso di studi per l'anno accademico ...../..... c/o la  
struttura

.....  
.....

....., lì .....

Timbro e Firma del/la  
Responsabile dell'Ente

.....

TUTOR (nome e cognome) .....

(nr.iscrizione albo professionale).....

(firma) .....

Periodo di svolgimento (dal – al): .....



Università degli Studi di Torino  
Dipartimento di Psicologia  
Scuola di Specializzazione in Neuropsicologia  
Via Verdi, 10 - 10124 Torino (TO)  
Tel (011) 670 3921  
mail: [segr.neuropsicologia@unito.it](mailto:segr.neuropsicologia@unito.it) PEC: [dipartimento.psicologia@pec.unito.it](mailto:dipartimento.psicologia@pec.unito.it)