

Via Cavour, 64 - 50129 Firenze Viale Don Minzoni, 41 - 50129 Firenze tel. 055.291338; fax 055.290712

Scuola di Psicoterapia Cognitiva ad indirizzo Costruttivista riconosciuta dal MURST con DM 31.12.1993

DOMANDA DI AMMISSIONE

Da inviare, per posta elettronica o posta ordinaria, alla Segreteria nella sede di Viale Don Minzoni di Firenze, allegando i documenti riportati nella pagina 2/2.

Sarà cura della Segreteria contattare il candidato per comunicare data e orario previsto per la selezione.

Il/La sottoscritto/a Dott.						
Cognome		Nome				
Cod. Fisc.		P. IVA				
Nato/a a	pro	ov il				
Residente in via		n°		_ CAP		
Città				prov		
Domicilio (solo se diverso dalla	a residenza) via		n°	CAP		
Città				prov		
Email		tel.				
Per le comunicazioni la Segreteria utilizzerà prevalentemente l'indirizzo email indicato. Per la restante corrispondenza cartacea (spedizione della fattura di pagamento e/o altri documenti amministrativi) indicare l'indirizzo da utilizzare:						
☐ di residenza ☐	di domicilio					
CHIEDE						
l'ammissione ai colloqui di selezione per l'iscrizione al primo anno della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista						
per il 🔲 Corso di Specializzazione per l'abilitazione all'esercizio dell'attività psicoterapeutica						
🗖 Corso di Formaz	ione					

A TAL FINE DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso atti falsi richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000, nonché della sanzione ulteriore prevista dall'art. 75 del citato DPR 445 del 28 dicembre 2000, consistente nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

1) 0	ıı aver consegui	to ii dipioma di	laurea in				
	PSICOLOGIA	indirizzo					
	MEDICINA E C	HIRURGIA					
pre	sso l'Università	di	in data	votazione			
titol	o tesi di laurea						
rela	tore Prof						
2)	☐ di aver term	inato il tirocinio	post-laurea				
	☐ di svolgere attualmente il tirocinio post-laurea e che lo stesso						
	sarà terminato	o entro					
3)	☐ di aver conse	guito l'abilitazion	ne alla professione di	in data			
	☐ di essere isc	ritto all'albo pro	ofessionale dal	nº di iscrizione			
	Regione/Pro	v	(allegare fotoc	opia del certificato rilasciato dall'Ordine)			
	☐ che, frequenta	ando attualmente	il 2° semestre di tirocinio p	ost-laurea magistrale, sarà in			
	possesso dei r	equisiti per soste	enere l'Esame di Stato nella	sessione di			
4) c	che le fotocopie	dei documenti բ	presentati sono conformi	agli originali			
per	il disbrigo delle		ve alla presente domanda	l trattamento dei dati personali a di ammissione e per			
Luoc	70	lì	Firma autografa leggib	ile			

Alla presente allega:

- A) fotocopia del certificato storico di laurea, rilasciato dalla Segreteria dell'Università frequentata, con marca da bollo, comprensivo dell'elenco degli esami sostenuti con le rispettive votazioni conseguite (per il Nuovo Ordinamento, allegare sia il certificato di laurea triennale, sia il certificato di laurea magistrale);
- B) curriculum vitae con firma autografa leggibile (riportare in dettaglio eventuali pubblicazioni);
- C) fotocopia del certificato di iscrizione all'Albo rilasciato dall'Ordine professionale di appartenenza (se già iscritto);
- D) due foto formato tessera, cartacee (in caso di invio per posta elettronica, le fototessere possono essere consegnate in seguito):
- E) fotocopia del codice fiscale o della tessera sanitaria.

In aggiunta ai suddetti documenti, per l'iscrizione al solo Corso di Formazione è necessario allegare:

F) fotocopia del diploma di specializzazione (nel caso in cui il candidato abbia già conseguito l'abilitazione all'esercizio dell'attività psicoterapeutica) OPPURE certificato di frequenza, rilasciato dall'Università competente, che attesti l'iscrizione almeno al 2° anno di una Scuola di Specializzazione universitaria abilitante all'esercizio della psicoterapia.