

CESIPc	Domanda di ammissione alla prova d'esame per l'iscrizione alla Scuola di Specializzazione	A.M. 03-06	Pag. 1 di 3
--------	---	------------	-------------



Scuola di Psicoterapia Cognitiva riconosciuta dal M.U.R.S.T. con D.M. 31.12.1993

CESIPc Srl  
Via Cavour, 64 - 50129 Firenze  
tel. 055.291338 - fax 055.290712  
P.I. 04451500484  
[www.cesipc.it](http://www.cesipc.it)

Firenze: via Cavour, 64 - 055.291338  
Padova: via dei Borromeo, 16 - 049.8716699  
Livorno: via Leonardo Cambini, 44 - 0586884863

### **DOMANDA DI AMMISSIONE**

(da inviare entro i termini richiesti, alla Segreteria della sede centrale di Firenze del CESIPc, allegando i documenti riportati nella pagina 3/3. Il candidato sarà ricontattato dalla Segreteria per comunicazioni relative alla data e all'orario delle selezioni).

Il/La sottoscritto/a Dott.

**Cognome Nome** \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Residenza** Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**Domicilio** Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

(compilare solo se diverso dalla residenza)

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**Contatti** E-mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Per le comunicazioni l'organizzazione utilizzerà prevalentemente l'indirizzo e-mail 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 alla prova d'esame per l'iscrizione alla Scuola di Psicoterapia cognitiva ad orientamento costruttivista del CESIPc presso la sede di:**

Data I emissione	16/07/2008	Data revisione	12/05/2009	Indice revisione	Rev.1
------------------	------------	----------------	------------	------------------	-------

CESIPc	Domanda di ammissione alla prova d'esame per l'iscrizione alla Scuola di Specializzazione	A.M. 03-06	Pag. 2 di 3
--------	---	------------	-------------

- Firenze                       Padova                       Livorno  
 per il  
 Corso di Specializzazione per l'abilitazione all'esercizio dell'attività psicoterapeutica  
 Corso di Formazione

**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 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, nonché della sanzione ulteriore prevista dall'art. 75 del citato D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, consistente nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

1) Di aver conseguito il diploma di Laurea in:

PSICOLOGIA

specificare l'indirizzo: \_\_\_\_\_

MEDICINA E CHIRURGIA

Presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ In data \_\_\_\_\_ Votazione conseguita \_\_\_\_\_

Titolo tesi di laurea \_\_\_\_\_

Relatore Prof \_\_\_\_\_

- 2)  di aver terminato il tirocinio post-laurea  
 di svolgere il II semestre del tirocinio post-laurea

Sede del tirocinio: 1° semestre \_\_\_\_\_ 2° semestre \_\_\_\_\_

3)  di aver conseguito l'abilitazione alla professione

di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

di essere iscritto all'albo professionale

in data \_\_\_\_\_ numero di iscrizione \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
*(in questo caso allegare fotocopia del certificato rilasciato dall'Ordine Professionale di appartenenza).*

di essere in possesso dei requisiti per conseguire l'abilitazione nella prima sessione del prossimo anno.

4) che le fotocopie dei documenti presentati sono conformi agli originali.

5) di autorizzare il CESIPc S.r.l., ai sensi della L. 196/2003, al trattamento dei dati personali per il disbrigo delle pratiche relative alla presente domanda di ammissione e per informazioni relative all'offerta formativa del centro.

Luogo \_\_\_\_\_ , li \_\_\_\_\_

Firma autografa leggibile \_\_\_\_\_

Data I emissione	16/07/2008	Data revisione	12/05/2009	Indice revisione	Rev.1
------------------	------------	----------------	------------	------------------	-------

CESIPc	Domanda di ammissione alla prova d'esame per l'iscrizione alla Scuola di Specializzazione	A.M. 03-06	Pag. 3 di 3
--------	---	------------	-------------

Alla presente allega:

A) Fotocopia del certificato storico di laurea, rilasciato dall'Università competente, comprensivo dell'elenco degli esami sostenuti, con le rispettive votazioni conseguite;

B) *Curriculum vitae* con firma autografa leggibile (riportare in dettaglio eventuali pubblicazioni);

C) Una foto formato tessera.

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

D) *Fotocopia del diploma di Specializzazione* (nel caso in cui il candidato abbia già acquisito 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.