

**A.T.C.**  
**Associazione di Terapia Cognitiva**  
**Scuola di Specializzazione in Terapia Cognitiva - Cagliari**

Cagliari: Per informazioni cell. 328.2943725

[www.cognitiva.org](http://www.cognitiva.org)

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SCUOLA DI PSICOTERAPIA**

Scuola di specializzazione in psicoterapia riconosciuta dal MIUR come abilitante all'esercizio dell'attività di psicoterapeuta.

Riconosciuta dal MURST (D.M. 23/02/07 - GU n.58 del 10/03/07)

Il/La sottoscritto/a

Dott. (nome e cognome) .....

Nato/a a .....

Prov. di ..... il ..... / ..... / .....

Residente in Via .....

N° ..... CAP .....

Città ..... Prov .....

mail .....

Codice fiscale .....

Tel ..... / .....

Laureato/a in

MEDICINA e CHIRURGIA

PSICOLOGIA

Abilitato/a alla professione

SI

NO

**C H I E D E**

di essere ammesso/a alla scuola di Psicoterapia nella sede di Cagliari

L'invio dei dati sopra riportati implica il consenso al loro utilizzo nei limiti e per le finalità descritte. Il responsabile del trattamento dei dati è l'Istituto stesso, al quale potranno essere richieste tutte le informazioni e le modifiche, a norma dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03.

*(firma leggibile)* .....

Contattare la segreteria della Scuola al numero riportato sotto l'intestazione per le modalità di invio del modulo.