

**C.I.S.S.P.A.T.**  
**Centro Italiano per lo Studio e lo Sviluppo della Psicoterapia a Breve Termine**  
**Scuola di specializzazione in Psicoterapia dinamica breve - Padova**

Padova: P.zza De Gasperi, 41 - 049.650861

[www.cisspat.edu](http://www.cisspat.edu)

**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. 29/01/01 - GU n.41 del 19/02/01)

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

o MEDICINA e CHIRURGIA

o PSICOLOGIA

Abilitato/a alla professione

o SI

o NO

**C H I E D E**

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

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 e 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) .....

Compilare e spedire via fax al numero riportato sotto l'intestazione.