

**CTS**  
**Centro di Terapia Strategica**  
**Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Breve Strategica**

Arezzo: P.zza S. Agostino, 11 - 0575.350240

Firenze: piazza della Repubblica, 5

[www.psicoterapiabrevestrategica.it](http://www.psicoterapiabrevestrategica.it)

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SCUOLA DI PSICOTERAPIA**

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

Riconosciuta MIUR (D.D. 16.11.00 - G.U. n. 298 del 22.12.00 - D.D. 27.7.04 - G.U. n. 181 del 04.08.04)

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 :

Arezzo

Firenze

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.