Modulo scaricato da **www.psicologia-psicoterapia.it** – il portale sulla formazione in psicologia e psicoterapia di **HT Psicologia**

Studi Cognitivi
Scuola di Terapia Cognitiva
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale - Milano, San Benedetto del Tronto Ascoli Piceno, Modena

Milano: Ripa di Porta Ticinese, 77 - tel 02.40134100

Ascoli Piceno (San Benedetto del Tronto): Via dell'Olmo, 1 - tel 02.40134100

Modena: Via Scaglia Est, 15 - tel 02.40134100

www.studicognitivi.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 dal MIUR - cod. 116 (Milano e San Benedetto del Tronto D.D. 23.7.01, Modena D.D. 17.3.2003)

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 :
o Milano
o Ascoli Piceno (San Benedetto del Tronto)
o Modena

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) . . . . . .

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

Modulo scaricato da **www.psicologia-psicoterapia.it** – il portale sulla formazione in psicologia e psicoterapia di **HT Psicologia**

del modulo.