

**Studi Cognitivi**  
**Scuola di Terapia Cognitiva**  
**Scuola di Specializzazione in Terapia Cognitiva - Milano,**  
**Ascoli Piceno, Modena**

Milano: Foro Buonaparte, 57 - tel 02.4150998 - fax 02.87238216

Ascoli Piceno (San Benedetto del Tronto): V.le Secondo Moretti, 44 - tel 0735.587194 - fax 0735.575140

Modena: Via Pietro Giardini, 472 (Scala L) - tel 059.2928080 - fax 059.2923987

[www.studicognitivi.it](http://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 (D.M. 23/07/01)

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

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 :

Milano

Ascoli Piceno (San Benedetto del Tronto)

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 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) .....

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