



DOMANDA DI AMMISSIONE SCUOLA QUADRIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA BREVE STRATEGICA
da spedire a CENTRO DI TERAPIA STRATEGICA . Piazza S. Agostino, 11, 52100 - Arezzo - Italia

Al Direttore,

della Scuola di Psicoterapia Breve Strategica CENTRO DI TERAPIA STRATEGICA, PROF. GIORGIO NARDONE

Il sottoscritto _____ nato a _____ Prov. _____
il _____ residente in _____ Via _____ Cap. _____
Cod. Fisc. _____ (obbligatorio) P. Iva _____
Tel. _____ cell. _____ e-mail _____
Laureato o Laureando in _____ c/o l'Università di _____
Iscritto all'Albo professionale dell'Ordine _____ al n. _____ della Regione _____ dal _____
* non ancora iscritto []

CON LA PRESENTE CHIEDO

di essere ammesso al colloquio ed esame di selezione presso il **Centro di Terapia Strategica** per conseguire il diritto all'iscrizione

al CORSO QUADRIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE per l'anno accademico _____ sede di Arezzo sede di Firenze

A tal fine allego

1. Certificato di laurea, con elenco degli esami sostenuti, (da inviare successivamente in caso di laureandi)
2. Certificato di iscrizione all'ordine degli Psicologi o dei Medici (o dichiarazione di poter sostenere l'esame di Stato entro la prima sessione utile e d'essere consapevole che in tal caso l'ammissione eventuale avverrà con riserva).
3. Un curriculum, titoli di studio, scientifici e di lavoro documentati
4. Due foto f.to tessera e copia di un documento di identità

CONDIZIONI E MODALITA' DI PAGAMENTO

L' ammissione al Corso verrà comunicata direttamente a fine del colloquio/esame di selezione.

UNA VOLTA ISCRITTI AL CORSO QUADRIENNALE, GLI ALLIEVI VERSERANNO LE RETTE DI FREQUENZA SECONDO LE SEGUENTI MODALITÀ

PER GLI ALLIEVI AL 1° ANNO

- Convalida di Iscrizione al 1° anno: €. 600,00 da versare entro i 7 giorni successivi della data d'esame d'ammissione sostenuto.
- Retta di frequenza: **in unica soluzione** [] €. 3.600,00 in data _____ (a scelta dell'allievo, comunque entro la fine del 1° semestre)
- Retta di frequenza: **in 2 rate annuali** [] di €. 1800,00 : da versare nelle seguenti date:

-I Rata entro il 31 gennaio di ogni anno - II Rata entro il 30 giugno di ogni anno

PER GLI ANNI SEGUENTI LA RETTA DI FREQUENZA (IL CUI PAGAMENTO SARÀ OBBLIGATORIO, CHE SI CONCLUDA O MENO L'INTERO PERCORSO DI SPECIALIZZAZIONE, PER ALMENO ANNI QUATTRO) AL 2°, 3°, 4° ANNO OLTRE AD EVENTUALI ANNI RIPETUTI, SARÀ CORRISPONDA SECONDO LE SEGUENTI MODALITÀ:

- **in unica soluzione** [] €. 4.200,00 in data _____ (a scelta dell'allievo, comunque entro la fine del 1° semestre)
- **in 2 rate annuali** [] di € 2100,00 da versare nelle seguenti date:

-I Rata entro il 31 gennaio di ogni anno - II Rata entro il 30 giugno di ogni anno

* in caso di interruzione da parte dell'allievo per gravi motivi di salute o maternità, la scuola non è tenuta al rimborso della quota di corso non usufruito ma al mantenimento della stessa come acconto per anni futuri.

* Le informazioni raccolte saranno inserite e conservate nella nostra banca dati e utilizzate anche per l'invio gratuito di documentazione sui corsi del Centro di Terapia Strategica s.r.l. Qualora non si desideri ricevere ulteriori comunicazioni barrare la casella riportata qui accanto []
Aggiornamenti o cancellazioni potranno essere richieste al responsabile del trattamento dati dell'Istituto

data.....

firma.....