



**AMMISSIONE ALL' ESAME DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA  
BREVE STRATEGICA**

**CENTRO DI TERAPIA STRATEGICA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA BREVE STRATEGICA - s.r.l.**

Riconosciuta dal M.I.U.R. con Decreto Direttoriale del 16.11.00 C.F. e P. IVA 01443360514 TEL. +39 0575 354853 www.centroditerapiastrategica.com

da inviare via mail a [info@centroditerapiastrategica.com](mailto:info@centroditerapiastrategica.com) o spedire a Centro di Terapia Strategica, Piazza S. Agostino, 11,  
52100 – Arezzo (IT)

**Al Direttore della Scuola di Psicoterapia Breve Strategica**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Cod. Fisc \_\_\_\_\_ P. Iva \_\_\_\_\_

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 2026 **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 fototessera e copia di un documento di identità

\* 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.....