



**AL DIRETTORE DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE  
IN PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE  
“ISTITUTO SANTA CHIARA” di Merine (LE)  
Dott. Vincenzo CICCARESE**

Il sottoscritto ..... nato a .....

il ....., residente a ..... prov. ....

in via ....., tel.....,

codice fiscale .....

in possesso dei seguenti titoli:

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**CHIEDE**

di essere ammesso alla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale “Istituto Santa Chiara”.

A tale fine allega:

- Certificato di Laurea
- Certificato di Abilitazione (o, se non ancora posseduto, un’attestazione che si intenda conseguirlo entro la prima sessione utile successiva all’effettivo inizio del Corso stesso)
- Curriculum degli Studi e Professionale
- Breve dattiloscritto di presentazione.

Data.....

Firma

*Completare il modulo e inviarlo, insieme con gli allegati richiesti, alla Segreteria Organizzativa dell’Istituto Santa Chiara, S. P. Lecce-Vernole (c/o “I Giardini di Atena”) 73023 Merine (LE) – oppure via Fax 0832 340570 – o via mail all’indirizzo [formazione@istitutosantachiara.it](mailto:formazione@istitutosantachiara.it)*