



ISTITUTO SANTA CHIARA
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN
PSICOTERAPIA COGNITIVO-
NEUROPSICOLOGICA INTEGRATA

Scuola di psicoterapia riconosciuta dal MIUR- (G.U. Serie Generale
n.298 del 22-12-2016)

Abilitazione all'esercizio dell'attività psicoterapeutica - *Art. 3 della legge 56/89*
Roma

Direttore: prof. Vincenzo Ciccarese

MODULO RICHIESTA ED ASSEGNAZIONE TESI

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ il ___/___/___

Residente a _____ in via _____ N. _____

N. telefonico _____ Cell. _____

E-mail _____

iscritto/a al quarto anno della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo –
Neuropsicologica integrata “Istituto Santa Chiara” con sede in Roma (RM)

CHIEDE

di poter sostenere l'esame di specializzazione nella disciplina: _____

sul seguente argomento: _____

Il/la sottoscritto/a chiede altresì di poter essere seguita nel percorso di tesi dal docente
dott./prof. _____ e coadiuvata dal Suo gruppo di riferimento.

Con la presente il/la sottoscritto/a accetta di aderire inoltre alle norme ed ai regolamenti di
richiesta, stesura, presentazione tesi di specializzazione di questa Istituzione.

Data ___/___/___

Il/La candidato/a

Per accettazione:

Il docente
