



**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*

*AL DIRETTORE DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE  
IN PSICOTERAPIA COGNITIVO- NEUROPSICOLOGICA INTEGRATA  
"Istituto Santa Chiara" Roma (Roma)  
Prof. Vincenzo CICCARESE*

**OGGETTO:** Richiesta partecipazione colloquio Selezioni per iscrizione Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo – Neuropsicologica integrata "Istituto Santa Chiara" (Roma - Roma)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
N. telefonico \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

**CON LA PRESENTE  
CHIEDE**

di essere ammesso a sostenere il Colloquio per l'iscrizione al primo anno della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo – Neuropsicologica integrata "Istituto Santa Chiara" con sede in Roma (RM).

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di allegare alla domanda la seguente documentazione:

- Certificato di Laurea (o Autocertificazione dello stesso)
- 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 presentazione scritta del candidato
- Pubblicazioni scientifiche

Il sottoscritto autorizza l'Istituto al trattamento dei dati personali secondo le norme vigenti.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_