



**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 dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ 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 iscrivendi 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**  € 3.500,00 in data \_\_\_\_\_ (a scelta dell'allievo, comunque entro la fine del 1° semestre)
- Retta di frequenza: **in quattro rate annuali**  di € 875,00 da versare nelle seguenti date:

**I** Rata entro il 30 novembre di ogni anno (per gli allievi che frequentano la sede di Arezzo)  
- entro il 30 gennaio di ogni anno (con frequenza sede di Firenze)

**II** Rata entro il 15 marzo di ogni anno (per entrambi le sedi)

**III** Rata entro il 15 maggio di ogni anno (per entrambi le sedi)

**IV** Rata entro il 15 settembre di ogni anno (per entrambi le sedi)

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 CORRISPOSTA SECONDO LE SEGUENTI MODALITÀ:

- in unica soluzione € 4.100,00 in data \_\_\_\_\_ (a scelta dell'allievo, comunque entro la fine del 1° semestre)
- in quattro rate annuali di € 1.025,00 da versare nelle seguenti date:

**I** Rata entro il 30 novembre di ogni anno (sede di Arezzo) - entro il 30 gennaio di ogni anno (sede di Firenze)

**II** Rata entro il 15 marzo dell'anno di frequenza (per entrambi le sedi)

**III** Rata entro il 15 maggio di ogni anno (per entrambi le sedi)

**IV** Rata entro il 15 settembre di ogni anno (per entrambi le sedi)

\* 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.....