



DOMANDA DI AMMISSIONE

CTS- SCUOLA QUADRIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA BREVE STRATEGICA
 da spedire a C.T.S. Piazza S. Agostino, 11, 52100 - Arezzo - Italia o inviare via fax al N. +39 0575 350 277

Al Direttore,
 della Scuola di Psicoterapia Breve Strategica CENTRO DI TERAPIA STRATEGICA

Il sottoscritto _____ nato a _____ Prov. _____
 il _____ residente in _____ Via _____ Cap. _____
 Cod.Fisc. _____ (obbligatorio) P. Iva _____
 Tel. _____ cell. _____ e-mail _____
 Laureato in _____ c/o l'Università di _____ in data _____
 iscritto il _____ non ancora iscritto all'Albo professionale dell'Ordine _____ al n. _____,

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
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
5. Copia della cedola comprovante il versamento della tassa di prescrizione di € 70,00

CONDIZIONI E MODALITÀ DI PAGAMENTO

- In caso di ammissione, che verrà comunicata direttamente a fine del colloquio di selezione, l'aspirante allievo/a dichiara di obbligarsi a versare la somma di € 500,00 entro 7 giorni dall'ammissione al Corso.

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: € 500,00 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 dell'anno accademico)
- Retta di frequenza: in **quattro rate annuali** di € 875,00 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 30 marzo di ogni anno (per entrambi le sedi)
 - III Rata entro il 30 maggio di ogni anno (per entrambi le sedi)
 - IV Rata entro il 30 settembre di ogni anno (per entrambi le sedi)

PER GLI ANNI SEGUENTI LA RETTA DI FREQUENZA AL 2°, 3°, 4° ANNO OLTRE AD EVENTUALI ANNI RIPETUTI SECONDO LE SEGUENTI MODALITÀ:

- in **unica soluzione** € 4.000,00 in data _____ (a scelta dell'allievo, comunque entro la fine dell'anno accademico)
- in **quattro rate annuali** di € 1.000,00 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 30 marzo dell'anno di frequenza (per entrambi le sedi)
 - III Rata entro il 30 maggio di ogni anno (per entrambi le sedi)
 - IV Rata entro il 30 settembre di ogni anno (per entrambi le sedi)

A ricevimento di ogni versamento verrà spedita regolare fattura.

MODALITÀ DI PAGAMENTO **Bonifici Bancari** (indicando sempre nella causale il nome del partecipante)

- a favore di CENTRO DI TERAPIA STRATEGICA SCUOLA
 UNICREDIT BANCA, filiale Arezzo, via G. Monaco IBAN IT 67 CIN D ABI 02008 CAB 14103 C/C 0000 29355592

Garanzia di riservatezza: le informazioni raccolte saranno inserite e conservate nella nostra banca dati e utilizzate per l'invio gratuito ai soli fini culturali e promozionali della nostre attività didattiche. Aggiornamenti o cancellazioni potranno essere richieste al responsabile del trattamento dati dell'Istituto

data.....

firma.....