



**Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Transazionale**  
Riconosciuta per la formazione in psicoterapia -D.M. N°509/11.02.08 – G.U. N°47/25.02.08

Via Farini N°4, 04100 Latina Tel/Fax 0773.663658 E-Mail subianc@libero.it www.sspt-sapa.it

## **Scheda per la Scelta del Terapeuta**

(questa scheda in via ordinaria va consegnata all'inizio del secondo anno di corso)

Cognome e nome del candidato/a \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Anno di corso che stai frequentando 1° 2° 3° 4°

Cognome e nome del terapeuta scelto \_\_\_\_\_

Firma e data del Terapeuta per accettazione

\_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Data inizio della terapia: \_\_\_\_\_

Eventuali eccezioni (specificare): \_\_\_\_\_

Firma del Direttore per convalida

\_\_\_\_\_

**Data convalida:** \_\_\_\_\_