



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: _____