*MODELLO PER LA DICHIARAZIONE DELLE ORE TIROCINIO*

*Da presentare in carta intestata dell’ente esterno*

Spett.le

C.I.S.S.P.A.T.

Centro Italiano Studio Sviluppo Psicoterapia A Breve Termine

Piazza De Gasperi 41, 35131 Padova

Mail: info@cisspat.edu

Fax: 049-8595103

*Luogo, data*

OGGETTO: Dichiarazione ore di tirocinio anno *inserire anno* della/del dott.ssa/dott. *inserire nome cognome.*

Con la presente si dichiara che la/il dott.ssa/dott. *(inserire nome e cognome)* nata/o a *(luogo di nascita)* il *(gg/mm/aaaa)* frequentante il *(inserire anno di corso)* anno di corso della Vostra Scuola Quadriennale di Specializzazione in Psicoterapia, ha complessivamente svolto dal giorno *(inserire giorno di inizio gg/mm/aaaa)* al giorno *(inserire giorno di fine gg/mm/aaaa)* n° *(inserire ore totali)* ore di tirocinio nel *(inserire il servizio/ufficio/dipartimento)* di questo ente.

Si rilascia la presente dichiarazione per gli usi e gli scopi consenti dalla legge.

Cordiali saluti

Firma

*Il rappresentante legale/Il responsabile del servizio*

*Dott./Dott.ssa Nome/Cognome*