



**ISTITUTO VENETO di TERAPIA FAMILIARE S.R.L.**

Sede Legale ed Amministrativa Via della Quercia, 2/B – Treviso

Tel. e fax 0422430265

segreteria@itfv.it - amministrazione@itfv.it – tirocini@itfv.it

www.itfv.it

Reg. Imp. TV – C.F. e P.I. 02034280269

R.E.A. N° 184610

Capitale sociale € 25.500,00 i.v.



## **AUTOCERTIFICAZIONE TIROCINIO SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE**

anno di corso.....

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome).....

nato/a il.....a (Città e Provincia) .....

e residente in (Via, numero civico, Cap, Città).....

**ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445 dichiara**

di essere iscritto alla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Familiare e Relazionale dell'Istituto di Terapia Familiare di Treviso e di aver svolto il tirocinio previsto dal corso presso (indicare la denominazione completa dell'Ente/Struttura/Unità Operativa in cui si è operato) .....

E-MAIL del Servizio .....

per un totale effettivo di ore ..... (nell'anno 2017) e che il proprio tutor durante il suddetto

periodo è stato il/la dott. ....

Firma

.....

Treviso, lì.....