**AIAMC**

Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento e Terapia

Comportamentale e Cognitiva

membro della European Association for Behaviour Cognitive Therapy (EABCT)

membro del Collegium Internationale Activitatis Nervosae Superioris (CIANS)

AIAMC c/o ASIPSE

Via Settembrini 2 – 20124 MILANO

Tel & Fax 02-29521105 – [segreteria@aiamc.it](mailto:segreteria@aiamc.it) – www.aiamc.it

**ESAME FINALE DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (inserire data)

**PRESSO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (nome scuola e città)

La domanda di ammissione all’esame di specializzazione va presentata alla **Commissione di Supervisione AIAMC c/o ASIPSE – Via Settembrini 2 – 20124 MILANO** entro e non oltre **90 giorni prima della data di esame** (**data INDEROGABILE di arrivo in sede**) utilizzando l’apposito modulo nella pagina seguente e con i seguenti allegati:

* nullaosta rilasciato dalla Scuola di appartenenza, che provvederà altresì a verificare che siano trascorsi quattro anni dall’iscrizione all’Albo degli Psicologi, come richiesto dal Ministero (può, in via eccezionale,

essere inviato direttamente dalla scuola, purché prima di 60 gg dalla data dell’esame)

* copia dell’avvenuto pagamento di **€ 60,00** con causale “Tassa esame finale” sul **cc Postale**

**67406900 intestato ad AIAMC – Via Settembrini 2 – 20124 MILANO,** effettuabile *in alternativa* con

bonifico bancario su **cc BancoPosta 67406900 intestato ad AIAMC – Via Settembrini 2 – 20124 MILANO - IBAN IT64 K076 0101 6000 0006 7406 900**

* copia dell’avvenuto pagamento di **€ 50,00** con causale “Quota Associativa \_*Anno in corso \_Nome\_Cognome*” (per *anno in corso* si intende l’anno solare in cui si tiene l’esame), sul **cc Postale 67406900 intestato ad AIAMC – Via Settembrini 2 – 20124 MILANO,** effettuabile *in alternativa* con bonifico bancario su **cc BancoPosta 67406900 intestato ad AIAMC – Via Settembrini 2 – 20124 MILANO - IBAN IT64 K076 0101 6000 0006 7406 900**

Entro e non oltre **45 giorni prima dell’esame** ogni candidato dovrà:

* Inviare la **tesi in formato PDF**, all’indirizzo di posta elettronica segreteria@aiamc.it
* Consegnare numero una copia della tesi in formato elettronico alla propria scuola di riferimento accordando con essa il formato adeguato per archiviazione (CD, cloud, chiavetta…)

Per l’invio elettronico utilizzare il seguente formato richiedente due files:

* frontespizio\_nomecognome.pdf (il file deve contenere solo il frontespizio)
* tesi\_nomecognome.pdf (il file deve contenere tutta la tesi senza il frontespizio cosicché risulti anonima)

***Attenzione: il file della tesi non deve superare i 10 MB***

**Per il giorno della discussione il candidato dovrà preparare:**

- numero una copia in formato cartaceo da portare con sé.

**È vivamente** **auspicabile la presenza all’esame del Supervisore personale** che, nell’impossibilità, dovrà far

pervenire in sostituzione **corposa relazione** sull’allievo, inviandola alla succitata mail della segreteria AIAMC.

**AIAMC**

Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento e Terapia

Comportamentale e Cognitiva

membro della European Association for Behaviour Cognitive Therapy (EABCT)

membro del Collegium Internationale Activitatis Nervosae Superioris (CIANS)

AIAMC c/o ASIPSE

Via Settembrini 2 – 20124 MILANO

Tel & Fax 02-29521105 – [segreteria@aiamc.it](mailto:segreteria@aiamc.it) – www.aiamc.it

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALL’ESAME DI SPECIALIZZAZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

laureato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avendo completato il corso di specializzazione presso la Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’anno accademico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un totale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore.

**CHIEDE**

di essere iscritto/a all'esame finale del corso quadriennale di Formazione in Psicoterapia Comportamentale e

Cognitiva per la prossima sessione, fissata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso la sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Si allegano alla presente:

* nullaosta rilasciato dalla scuola di provenienza.
* copia dell’avvenuto pagamento di **€ 60,00** con causale “Tassa esame finale Nome\_Cognome” sul **cc Postale 67406900 intestato ad AIAMC – Via Settembrini 2 – 20124 MILANO,** effettuabile *in alternativa* con bonifico bancario su **cc BancoPosta 67406900 intestato ad AIAMC – Via Settembrini 2 – 20124 MILANO - IBAN IT64 K076 0101 6000 0006 7406 900**
* copia dell’avvenuto pagamento di **€ 50,00** con causale “Quota Associativa \_*Anno in corso \_Nome\_Cognome*” (per *anno in corso* si intende l’anno solare in cui si tiene l’esame), sul **cc Postale 67406900 intestato ad AIAMC – Via Settembrini 2 – 20124 MILANO,** effettuabile *in alternativa* con bonifico bancario su **cc BancoPosta 67406900 intestato ad AIAMC – Via Settembrini 2 – 20124 MILANO - IBAN IT64 K076 0101 6000 0006 7406 900**
* Si impegna ad inviare la tesi nelle modalità richieste e nei termini previsti.

Recapiti per contatti urgenti riguardanti l’esame (compilare ALMENO UN campo telefonico ed email):

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome del Supervisore personale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome del Supervisore in Itinere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

luogo data

In fede

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, informiamo che i dati forniti sono trattati nel rispetto della normativa vigente ed unicamente per lo svolgimento dell’attività