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

**Scuola Quadriennale di Specializzazione in Psicoterapia Dinamica Breve**

**MODULO DI CONSEGNA DELL’ABSTRACT E DELL’INDICE DELLA TESI**

*(Spedire il modulo in formato word a* [*info@cisspat.edu*](mailto:info@cisspat.edu) *contestualmente agli altri documenti di iscrizione alla sessione di tesi)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome Cognome Candidata/o** |  |
| **Mail** |  |
| **Cell.** |  |
| **Sessione Tesi** | □ Invernale, data………………….. □ Estiva, data……….………….. |
| **Nome Relatrice/Relatore** |  |
| **Titolo Tesi** |  |

Data consegna del modulo………………………

Inserire **parole chiave** (massimo 5):

Inserire **abstract** (massimo 10 righe):

Inserire **indice**: