



VIA PO, 102 – 00198 ROMA – TEL 06.85.35.86.50 – FAX 06.622.76.737

Società Italiana di *Psicoterapia Psicanalitica*

ISTITUTO DI FORMAZIONE

a.a. 20___/20___

L'Allievo, dott./d.ssa _____, per l'esame finale del Corso Quadriennale di formazione in *Psicoterapia Psicoanalitica* frequentato negli anni accademici ___/___, ___/___, ___/___, ___/___, presenterà una relazione scritta dal titolo

“ _____
_____”.

Relatore sarà il Docente dott./prof. _____

L'Allievo

Il Relatore

Cognome e Nome del supervisore della tesi _____

Luogo,