CENTROKRÓMATA
FORMAZIONE E SERVIZI PSICOPEDAGOGICI

KRÓMATA ATTESTA CHE

COGNOME: _____

NOME: _____

NATO/A IL _____ **A** _____

E RESIDENTE IN (via, vicolo, piazza) _____

A _____

☐ **HA SOSTENUTO IN DATA** _____

☐ **DOVRÀ SOSTENERE IN DATA** _____

IL/LA SEGUENTE PROVA O ESAME

☐ ***PROVA INTERMEDIA MASTER DI SPECIALIZZAZIONE IN PEDAGOGIA CLINICA***

☐ ***ESAME FINALE CORSO DI PERFEZIONAMENTO PROFESSIONALE IN***

_____

☐ ***DISCUSSIONE TESI DI SPECIALIZZAZIONE IN***

_____

PRESSO IL CENTRO KRÓMATA - BRESCIA

Data _____

Il Direttore Scientifico di Krómata

Dott.ssa Alma Zanoletti

_____