



Corso Quadriennale di Psicoterapia 2021 - 2024
Domanda di Pre-iscrizione

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Il _____

Residente in via _____ n. _____

Città _____ Cap _____ Prov _____

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____ @ _____

In possesso della Laurea in Psicologia Medicina e Chirurgia

CHIEDE

di essere ammesso/a alla pre-iscrizione del Corso Quadriennale di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Relazionale, riconosciuto dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca con DM 21/9/04 GU 232 del 21/10/04

Allego la seguente documentazione :

- Curriculum

Firma _____

Firma per il consenso all'utilizzo dei propri dati ai sensi del D.lgs 30/06/03, n. 196 e al Reg. UE 2016/679

Firma _____

Località e Data _____