



Corso Quadriennale di Psicoterapia 2018 - 2021  
Domanda di Iscrizione

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

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

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ PI \_\_\_\_\_

In possesso della Laurea in      Psicologia       Medicina e Chirurgia

CHIEDE

di essere ammesso/a a frequentare il 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
- Copia del diploma di laurea
- Due fotografie formato tessera
- Contratto formativo
- Richiesta di rateazione

Firma \_\_\_\_\_

Firma per il consenso all'utilizzo dei propri dati ai sensi del D.lgs 30/06/03, n. 196

Firma \_\_\_\_\_

Località e Data \_\_\_\_\_