



DOMANDA di ISCRIZIONE A.A. 20_____

Il/La sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

Residenza: COMPILARE SOLO SE VARIATO RISPETTO ALL'ANNO ACCADEMICO PRECEDENTE O PRIMA ISCRIZIONE

Indirizzo _____

Località _____ Prov. _____ CAP _____

Telefono _____ Email _____

CHIEDE

di essere ammesso al **1°** - **2°** - **3°** - **4°** anno della Scuola di Specializzazione della Sede di _____

DICHIARA (barrare se ricorre la situazione)

- di aver effettuato il bonifico di €500 come anticipo della prima rata di iscrizione alla Scuola per l'immatricolazione al 1° anno (si allega copia del versamento);
- di iscriversi al 1° anno con riserva per non aver ancora sostenuto l'Esame di Stato;
- di iscriversi alla Scuola dovendo ripetere parte dell'attività didattica;
- di iscriversi alle attività didattiche dopo un periodo di sospensione;
- di provenire da altra Scuola e di iscriversi per la prima volta alla Scuola della Coirag;
- di riconoscere i costi che la sede di tirocinio potrà richiedere per la visita medica (sorveglianza sanitaria) e il corso di formazione specifica alla salute e sicurezza sul lavoro;

di autorizzare o meno per il periodo di iscrizione alla Scuola e per finalità divulgativo-promozionali l'uso delle mie immagini in caso di scatti durante le attività didattico/seminariali ai sensi dell'art. 10 cod. civ., degli artt. 96 e 97 legge n° 633/1941 sul diritto d'autore

- AUTORIZZO
- NON AUTORIZZO

Firma _____

C.O.I.R.A.G. ETS

Confederazione di Organizzazioni Italiane
per la Ricerca Analitica sui Gruppi

C.O.I.R.A.G. è Membro I.A.G.P.
International Association for Group Psychotherapy and Group Processes
e Membro F.I.A.P. Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

Segreteria
tel: 345 5377522

SEDE LEGALE

Viale Gran Sasso, 22 20131 Milano

P.IVA 03943760821
C.F. 97017820586
www.coirag.org