

Spett.le  
Direzione della  
**SCUOLA ADLERIANA DI PSICOTERAPIA**  
dell'**ISTITUTO ALFRED ADLER DI MILANO**

Il/La sottoscritto/a

Dott. \_\_\_\_\_  
(nome) (cognome)

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
(luogo di nascita) (provincia) (data di nascita)

residente a \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(via, cap e città) (telefono)

cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

laureato/a in  **MEDICINA e CHIRURGIA**  
 **PSICOLOGIA**

il \_\_\_\_\_  
(giorno, mese e anno di laurea)

abilitato/a alla professione di  **MEDICO CHIRURGO**  
 **PSICOLOGO**

il \_\_\_\_\_  
(giorno, mese e anno di abilitazione)

iscritto all'Ordine  dei **Medici Chirurghi** della provincia di \_\_\_\_\_  
 degli **Psicologi** della regione \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_  
(anno di iscrizione all'Ordine)

**CHIEDE**

di poter accedere al colloquio motivazionale previsto per l'ammissione al primo anno della Scuola di  
**SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA.**

Allega alla presente domanda un'autocertificazione attestante il voto e il titolo della tesi di laurea.

Con osservanza

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

\_\_\_\_\_  
(luogo e data di compilazione)