

**A.R.P.C.I.**  
**Associazione per la Ricerca in Psicoterapia Cognitivo-Interpersonale**  
**Scuola di Specializzazione in Psicoterapia**  
**Cognitivo-Interpersonale - Roma**

Roma: Circonvallazione Appia, 50 - tel. 339.3922335  
[www.arpci.it](http://www.arpci.it)

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SCUOLA DI PSICOTERAPIA**

Scuola di specializzazione in psicoterapia riconosciuta dal MIUR come abilitante all'esercizio dell'attività di psicoterapeuta.

Riconosciuta dal MIUR (D.D. 17.3.2003 - G.U. n. 96 del 26.4.2003)

Il/La sottoscritto/a

Dott. (nome e cognome) .....

Nato/a a .....

Prov. di ..... il ..... / ..... / .....

Residente in Via .....

N° ..... CAP .....

Città ..... Prov .....

mail .....

Codice fiscale .....

Tel ..... / .....

Laureato/a in

o MEDICINA e CHIRURGIA

o PSICOLOGIA

Abilitato/a alla professione

o SI

o NO

**C H I E D E**

di essere ammesso/a alla scuola di Psicoterapia nella sede di Roma

L'invio dei dati sopra riportati implica il consenso al loro utilizzo nei limiti e per le finalità descritte. Il responsabile del trattamento dei dati e l'Istituto stesso, al quale potranno essere richieste tutte le informazioni e le modifiche, a norma dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03.

(firma leggibile) .....

Contattare la segreteria della Scuola al numero riportato sotto l'intestazione per le modalità di invio del modulo.