

**ASPIC**  
**Istituto per la Formazione di Psicoterapeuti**  
**Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica di Comunità e**  
**Psicoterapia Umanistica Integrata - Roma**

Roma: Via Vittore Carpaccio, 32 - tel./fax 06.5413513 - tel. 06.5926770  
[www.scuolaspecializzazionepsicoterapia.it](http://www.scuolaspecializzazionepsicoterapia.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.M. 9.5.94 - G.U. n. 117 del 21.5.94)

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 è 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) .....

Compilare e spedire via fax al numero riportato sotto l'intestazione.