Modulo scaricato da **www.psicologia-psicoterapia.it** – il portale sulla formazione in psicologia e psicoterapia di **HT Psicologia**

S.C.Int.
Scuola di Psicoterapia Cognitivo-Interpersonale
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Interpersonale - Roma

Roma: Via Livorno, 36 - 06.44247115 - 339.7959027
www.cognitivo-interpersonale.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. 15.7.2008 - G.U. n. 180 del 2.8.2008)

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 finalita 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) . . . . . .

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