

**S.E.F.**  
**Scuola Europea di psicoterapia Funzionale**  
**Scuola Europea di Specializzazione in Psicoterapia Funzionale**

Napoli: Via Parco Comola Ricci, 41 - Tel 081.0322195 / Fax 081.3440683

Firenze: V.le S. Lavagnini, 4 - 055.4633847 - 328.1187202

Roma: Via Matera, 3 - 06.70300258 - 320.0255131

Catania: V. Teatro Greco, 78 - 095.7150060 - 347.1390977

Padova: V. Vicenza, 12/a - 049.7389287 - 347.6873554

[www.psicologiafunzionale.it](http://www.psicologiafunzionale.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.16/11/00)

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

MEDICINA e CHIRURGIA

PSICOLOGIA

Abilitato/a alla professione

SI

NO

**C H I E D E**

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

Napoli

Firenze

Roma

Catania

Padova

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) .....

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