



SCHEDA D'ISCRIZIONE:

MASTER DI SPECIALIZZAZIONE IN TERAPIA SISTEMICO RELAZIONALE PER PSICOTERAPEUTI GIÀ SPECIALIZZATI IN ALTRO INDIRIZZO CLINICO

ANNO ACCADEMICO : _____ **SEDE :** _____

Cognome : _____ **Nome :** _____

Nato/a il : _____ **a:** _____ **prov.:** _____

Codice fiscale : _____ **P. IVA :** _____

Codice univoco IPA/SDI : _____ **Pec :** _____

Indirizzo : _____

Località : _____ **cap :** _____

Tel : _____ **Tel. cell :** _____

Fax : _____ **e-mail :** _____

Titolo di studio : _____

Professione : _____

Iscrizione albo professionale :

Regione o provincia : _____ **data :** _____ **n° :** _____

Firma per il consenso all'utilizzo dei propri dati ai sensi del Regolamento UE679/2016 (DGPR):

Allegati:

- *n. 1 fotografia formato tessera*
- *curriculum di studi e professionale*
- *copia autenticata del titolo di studio*
- *copia autenticata dell'esame di stato*
- *copia autenticata dell'iscrizione albo*