



SCHEMA D'AMMISSIONE:

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°:** _____

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*
- *Informativa sottoscritta art. 13 REG. UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali*