

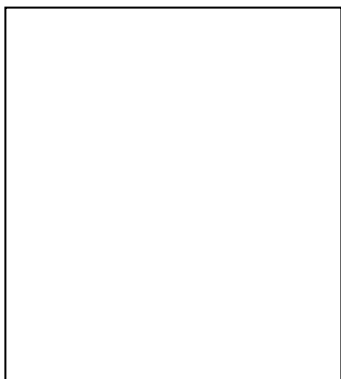


# Centro Padovano di Terapia della Famiglia

SEDE DI PADOVA: Via Martiri della Libertà, 1 - 35137 Padova, Tel. e fax: 049/8763778

SEDE DI TRIESTE: Viale XX Settembre, 37 - 34126 Trieste, Tel. e fax: 040/3498348

www.cptf.org, e-mail : info@cptf.org



## SCHEDA D'AMMISSIONE:

### SCUOLA QUADRIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA SISTEMICO RELAZIONALE

**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. 2 fotografie 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