

Anno Accademico 2016-2017

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Al Direttore della
Scuola di Psicoterapia Psicomatica
Via della Conciliazione, 22
00193 Roma

....., li.....

Il sottoscritto/a
Nato/a a Il
C.F.....Residente in.....
Via.....n..... CAP.....
Tel..... fax.....
e-mail.....
mail pec:.....
laureato/a..... ilcon voti.....
presso l'Università di.....

chiede

di iscriversi alla Scuola Quadriennale di Psicoterapia Psicomatica gestita congiuntamente dall'Ospedale Cristo Re e dal Consorzio Universitario Humanitas per il Corso che sarà attivato nella Sede di Roma **nell'Anno Accademico 2016-'17;**

a tal fine dichiara di:

- di essere a conoscenza che la Scuola ha una Durata di 4 anni;
- di essere iscritto all'Ordine dei di.....al num.....
- di dover partecipare alla prossima sessione degli Esami di Stato per l'iscrizione all'Ordine deiche si terrà il

allega:

- Curriculum Vitae e formativo analitico;

L'interessato rilascia consenso per il trattamento dati personali ai sensi del D.Lgs. n°196 del 30.6.2003

Il/la Sottoscritto/a