

Centro di Studi e di Applicazione della Psicologia Relazionale
Scuola di Specializzazione riconosciuta dal M.U.R.S.T.
(D.M. 29/09/94 – G.U. 246 del 20/10/94 - D.M. 25/05/01 – G.U. 160 del 12/07/01)

Scheda di richiesta ammissione

Incontri di Introduzione alla Pratica Clinica

Cognome e nome: _____

Via/Piazza: _____

Città: _____ *C.A.P.:* _____

E-mail: _____

Tel. abitazione: _____ *Cell.:* _____

Luogo e data di nascita: _____

Stato Civile: _____

C.F. _____ *P. IVA* _____

Iscrizione all'Albo _____ *n.* _____

Data: _____ *Firma:* _____

N.B. Si prega di compilare il modulo in stampatello e leggibile, consegnare alla Segreteria del Centro Studi allegando un curriculum vitae e certificato di iscrizione all'Albo degli Psicologi o dei Medici.
Il pagamento dovrà essere effettuato al momento della comunicazione di ammissione da parte della Segreteria.
L'eventuale rinuncia dovrà essere comunicata con anticipo di almeno 15 giorni rispetto alla data di inizio della formazione. Il mancato rispetto del termine comporta l'addebito della quota di partecipazione.

*Ai sensi della legge 196/03, il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali
ivi riportati.*