

**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***  
***Gruppo Supervisioni Cliniche***

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Via/Piazza: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Tel. abitazione: \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Stato Civile: \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Iscrizione Albo Professionale n. \_\_\_\_\_ Regione/Provincia \_\_\_\_\_

Specializzazione \_\_\_\_\_

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 laurea. 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 7 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.*