



Centro Studi e 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 FORMAZIONE**

# **CORSO DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA FAMILIARE E RELAZIONALE**

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

Residenza: via/piazza \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_

Domicilio: via/piazza \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_

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

Tel.: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Partita I.V.A.: \_\_\_\_\_

Titolo di Studio: \_\_\_\_\_

Iscrizione all'Ordine: \_\_\_\_\_

Attuale occupazione:

---

---

---

Esperienze lavorative precedenti:

---

---

---

---

Indicare altre esperienze formative concluse e in corso:

---

---

---

---

Indicare da chi Le è stato segnalato il C.S.A.P.R.:

---

---

---

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

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_