**Al Direttore dell’ISTITUTO PER LO**

**STUDIO DELLE PSICOTERAPIE SRL**

**Via Tuscia 25**

**00191 ROMA**

Il/La sottoscritto/a

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **COGNOME** | **nato/a il** | **a (luogo)** | **Prov.** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CODICE FISCALE** | **Indirizzo di residenza** | **N. civico**  | **Città** | **Prov.** |
|       |       |       |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CAP** | **Tel. cellulare**  | **Indirizzo mail** |
|       |       |       |

**DATI CARRIERA**

TITOLO DI STUDIO  in

PROFESSIONE  **\*** N. di iscrizione all'Albo  Ordine

**\***IN CASO DI ABILITAZIONE DA CONSEGUIRE il/la sottoscritto/a dichiara che conseguirà l'abilitazione all'esercizio professionale entro la prima sessione utile successiva all'effettivo inizio dei corsi e provvederà nei 30 gg successivi alla decorrenza a richiedere l'iscrizione all'albo (Norma Ministeriale Art. 3 C.G.I.G.U.R.I. 16/07/2004)

**CON LA PRESENTE RICHIEDE L'ISCRIZIONE A:**

[ ]  **SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIE BREVI AD APPROCCIO STRATEGICO**

Riconosciuta con Decreto Ministeriale del 20 marzo 1998 ai sensi dell'Art. 3 della Legge 18 febbraio 1989, n. 56

[ ]  **MASTER** in: Scegliere un elemento.

[ ]  **CORSO** in Scegliere un elemento.

**PRESSO LA SEDE DI:** Scegliere un elemento.

**ALLEGATI**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Certificato di laurea o autocertificazione; | [ ]  Copia tessera sanitaria o codice fiscale |
| [ ]  Curriculum didattico, scientifico e professionale; | [ ]  Copia ricevuta versamento quota d’iscrizione |
| [ ]  Fotografia formato tessera (in formato .*png* o .*jpg*) | [ ]  Modulo PAGAMENTO QUOTE ANNUALI |
| [ ]  Copia di un documento di riconoscimento fronte retro |

**Se in possesso di PARTITA IVA, inserire i seguenti dati:**

* N. P.IVA Codice di destinazione
* Indirizzo pec

Firma

Luogo       data