

INOLTRE DICHIARA

1. di essere laureato/a in _____

2. di essere iscritto/a all'Ordine degli psicologi della regione _____ n° matricola _____

oppure

di essere iscritto/a all'Ordine dei medici della provincia di _____ n° matricola _____

3. di essere a conoscenza che:

Il costo annuale del Corso, esclusa l'analisi individuale e il materiale bibliografico è di Euro **3720**.

Il costo rimarrà invariato per il quadriennio ed è pagabile in **12 rate mensili** da Euro **310**

Il costo dell'iscrizione annuale alla SPC è di Euro **50**



Allega certificato di laurea e certificato di iscrizione all'Albo

Allega curriculum che indichi l'eventuale possesso di altre lauree o specializzazioni universitarie, conoscenza di lingue straniere, pubblicazione di contributi scientifici, esperienza formativa di psicoterapia; altri documenti ritenuti utili al fine della valutazione e della costituzione di una graduatoria di ammissione.

DATA

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Informiamo che ai sensi della L. 675/96 (legge sulla privacy) i dati del richiedente saranno utilizzati solo per i fini istituzionali previsti dallo Statuto della Scuola di Psicoterapia Comparata. Informiamo inoltre che gli interessati possono avvalersi di quanto previsto dall'articolo 13 (Diritti dell'interessato) della suddetta legge e nella fattispecie: accesso, modifica, cancellazione dei dati.

DATA

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

FIRMA DEL RICHIEDENTE

