



**Centro italiano di Psicoterapia
Psicoanalitica per l'Infanzia e l'Adolescenza**

CiPsPsia

Via Savena Antico, 17 - Bologna
tel 051.6240016 - fax 051.6240260
www.cipspsia.it

SCHEDA DI ISCRIZIONE

DATI ANAGRAFICI

COGNOME NOME

NATO/A IL A PROV (.....)

CODICE FISCALE PI

E-MAIL TEL/CELL

TITOLO DI STUDIO PROFESSIONE

INDIRIZZO DI RESIDENZA/DOMICILIO

VIA N.

CAP COMUNE PROV (.....)

INDIRIZZO DI LAVORO

ENTE TEL/FAX:

VIA N.

CAP COMUNE PROV (.....)

**Richiesta di iscrizione per l'anno accademico 2017 al corso:
"Corso biennale di alta specializzazione in Psicoterapia: Infanzia"**

Barrare le modalità di interesse:

- Intero Corso
- 1° Anno (310 ore)
- 2° Anno (263 ore)

Con la sottoscrizione della presente domanda, l'allievo si impegna a pagare l'intero importo dovuto per l'annualità di iscrizione.

NB - Dichiaro inoltre, ai sensi degli artt. 7 e 11 della legge 675/96, di essere a conoscenza delle finalità e modalità nel trattamento dei dati consapevolmente forniti e di autorizzarne l'archiviazione in banca dati

DATA _____

FIRMA _____