



**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 Prov. (.....) il

Titolo di studio

Professione

e-mail

Codice Fiscale

Partita iva

INDIRIZZO DI RESIDENZA/DOMICILIO

Via Nr.

Comune Prov.

Cap

Telefono Cell.

INDIRIZZO DI LAVORO

Ente

Via..... Nr.

Comune Prov.

Cap Telefono

Richiesta di iscrizione per l'anno 2012 alla **Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica dell'Infanzia e dell'Adolescenza** (Riconosciuta con Decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica del 16.11.2000)

1. Allegato curriculum formativo
2. Allegata documentazione di eventuale psicoterapia Psicoanalitica già svolta
3. In caso di ammissione, dichiaro fin da ora di accettare il regolamento della scuola in ogni sua parte.

L'invio dei dati sopra riportati implica il consenso al loro utilizzo nei limiti e per le finalità descritte secondo la legge 675/96 e successive integrazioni e modifiche.

Con la presente acconsento al trattamento dei miei dati secondo le modalità previste dall'attuale normativa sapendo che in qualsiasi momento potrò richiedere al c.i.ps.ps.i.a. di prenderne visione, la loro modifica o cancellazione.

Data

Firma per accettazione