

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

P.I. \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

indirizzo email: \_\_\_\_\_

n°tel. \_\_\_\_\_; cell: \_\_\_\_\_

In possesso del diploma di laurea in: Medicina e Chirurgia  Psicologia  (barrare casella)

conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Abilitazione all'esercizio della professione conseguita in data \_\_\_\_\_

Iscrizione all'albo degli Psicologi  Si  No

Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Iscrizione all'albo dei Medici  Si  No Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

### C H I E D E

di essere ammesso/a a frequentare il Corso Quadriennale di Specializzazione in Psicoterapia della Gestalt, riconosciuto dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca con DD.MM. 9/5/94, 7/12/01 e 24/10/2008 relativo al **quadriennio 2017-2020**

presso la sede di **Ragusa**  **Venezia**  **Roma**  (barrare sede di interesse)

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. certificazione del diploma di laurea in \_\_\_\_\_
2. certificazione di iscrizione all'albo
3. curriculum formativo e professionale
4. due foto formato tessera

Richiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo o tramite i seguenti numeri telefonici (se diversi da quelli sopraindicati): \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi del D. Lgs. 196 del 30.06.2003 esprimo liberamente il consenso al trattamento dei miei dati personali all'Istituto di Gestalt Therapy – H.C.C. Kairòs s.r.l.

Firma \_\_\_\_\_