

Scuola Quadriennale di Specializzazione in Psicoterapia Dinamica Breve

RICHIESTA APPROVAZIONE TESI E DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SESSIONE DI DISCUSSIONE

Il/la sottoscritto/a

COGNOME			NOME																					
LUOGO DI NASCITA			DATA DI NASCITA																					
CODICE FISCALE		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						
RESIDENTE (via, n°, comune, prov.)																								
DOMICILIO (solo se diverso dalla residenza)																								
TELEFONO			CELL.																					
E-MAIL			P.IVA																					
TITOLO STUDIO		☐ PSICOLOGIA ☐ MEDICINA																						
CONCLUSO QUADRIENNIO IN DATA																								
REGIONE DI ISCRIZIONE ALBO			N° E DATA ISCRIZIONE	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td>N°</td> <td>g</td><td>g</td><td>m</td><td>m</td><td>a</td><td>a</td> </tr> </table>	N°	g	g	m	m	a	a													
N°	g	g	m	m	a	a																		

Chiede di discutere la tesi di Specializzazione in Psicoterapia:

SESSIONE	☐ ESTIVA ☐ INVERNALE	
NOME RELATORE		
TITOLO TESI		

- ☐ Allega al presente modulo l'abstract di 10 righe e l'indice provvisorio.
- ☐ Dichiaro che provvederò al versamento della tassa di iscrizione di € 120,00 (Iva compresa) al momento della consegna dell'elaborato.

Dichiaro inoltre di essere informato che ai sensi del D. Lgs. 196/03 i dati richiesti saranno utilizzati solo per i fini istituzionali previsti dallo statuto di C.I.S.S.P.A.T. SRL e che gli interessati possono avvalersi di quanto previsto dagli artt. 7, 8, 9, 10 D. Lgs. 196/03 (Diritti dell'interessato). Il sottoscritto autorizza espressamente C.I.S.S.P.A.T. SRL al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03.

Data _____

Firma _____