



Istituto per lo Studio delle Psicoterapie S.r.l.

Scuola di Specializzazione in Psicoterapie Brevi ad Approccio Strategico

Riconosciuta con decreto ministeriale 20 marzo 1998 ai sensi dell'art. 3 della legge 18 febbraio 1989, n.56

All'Istituto per lo Studio delle Psicoterapie s.r.l.

Via Tuscia 25

00191 Roma

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

chiede di essere iscritto al Corso di Training Autogeno Inferiore.

Chiede che tutte le comunicazioni gli vengano inoltrate al seguente indirizzo:

Via/Piazza _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

telefono: _____

indirizzo di posta elettronica: _____

Allega:

- Copia versamento della quota di iscrizione.

Luogo e data: _____

Firma: _____

00191 Roma - Via Tuscia 25, - Tel. (06) 3294350 - Fax (06) 36303637

Codice Fiscale e partita IVA 06705801006

www.istitutopsicoterapie.it - E-mail: i.psicoterapie@tiscalinet.it

QuickTime™ e un
decompressore TIFF (LZW)
sono necessari per visualizzare quest'immagine.