Istituto per lo Studio delle Psicoterapie

DOMANDA D'ISCRIZIONE
al Corso di formazione
IN PSICOLOGIA DELLE DIPENDENZE
Affettive, Sessuali, Alimentari, Alcool e Tossicodipendenza

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

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

C.F.

Chiede

di essere iscritto al primo anno del Corso di formazione in Psicologia delle Dipendenze Affettive, sessuali, alimentari, alcool e tossicodipendenza

Chiede

che tutte le comunicazioni gli vengano inoltrate al seguente indirizzo

Via/P.zza_____n._____

Cap. _____ Città _____

Telefono_____E-mail: indirizzo:

_____

Allega:

☐ curriculum;

☐dichiarazioni sostitutive di certificati;

☐ tre fotografie formato tessera;

☐ il versamento della quota di iscrizione.

Luogo e data: _____

Firma: _____

Si prega di inviare il modulo debitamente compilato alla Segreteria dell'Istituto per lo Studio delle Psicoterapie s.r.l. via Tuscia, 25 – 00191 – Roma.

CERTIFICATA ISO 9001:2000 N. 5