

FORMA MENTIS

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA

Anno Accademico 2024-2025

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Sede di Roma

Al Direttore della
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia
FORMA MENTIS
Via della Conciliazione n.22
00193 Roma

....., li.....

Il sottoscritto/a
Nato/a a Il
C.F..... Residente in.....
Via..... n..... CAP.....
Tel..... fax.....
e-mail.....
mail pec:.....
laureato/a..... il con voti.....
presso l'Università di.....

chiede

di iscriversi alla Scuola Quadriennale di Specializzazione in Psicoterapia **FORMA MENTIS** gestita dal **Consorzio Universitario Humanitas** per il Corso che sarà attivato nella Sede di Roma **nell'Anno Accademico 2024-'25;**

a tal fine dichiara di:

- di essere a conoscenza che la Scuola ha una Durata di 4 anni;
- di essere iscritto all'Ordine dei di..... al num.....
- di dover partecipare alla prossima sessione degli Esami di Stato per l'iscrizione all'Ordine dei che si terrà il

allega:

- Curriculum Vitae e formativo analitico;

Si esprime il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.Lgs. 196/03 e successive **modifiche**

Il/la Sottoscritto/a