



# Istituto Mosaico Psicologie

Corso di Specializzazione in Psicoterapia - Riconosciuto

## MODULO D'ISCRIZIONE

2  
FOTOGRAFIE

Io sottoscritto/a dott./d.ssa. \_\_\_\_\_

### DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ CHE:

sono nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di cidad. \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cap: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Cellulare.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Domiciliato/a in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cap: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_ o P.I.: \_\_\_\_\_

ho conseguito il Diploma di laurea in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

presso l'Università di \_\_\_\_\_ votazione finale \_\_\_\_\_

Iscrizione Albo della Regione \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Modalità di pagamento: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Con la presente m'impegno a versare la somma dovuta per il 1° anno di € 3.700 (esente IVA), comprendente la tassa annuale d'iscrizione, qualunque sia la mia frequenza e l'esito finale. M'impegno altresì a comunicare tempestivamente ogni cambiamento dei dati utili a reperirmi e sollevo fin d'ora la scuola di Psicodramma da qualunque mancanza di informazione attribuibile a disguidi di qualunque natura.

Firma \_\_\_\_\_

*S'informa che i seguenti dati non verranno divulgati, in adempimento alla legge 675/96 (Leggi privacy)*

**Il corso, riconosciuto dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, fornisce il titolo di Psicoterapeuta e dà diritto a partecipare ai concorsi pubblici.**