



# Istituto Mosaico Psicologie

ricosciuto M.I.U.R. - dir. Dott. Alfredo Rapaggi

FOTO

## MODULO D'ISCRIZIONE

Bologna, li \_\_\_\_\_

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

### DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ CHE:

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

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 \_\_\_\_\_

**Il corso, riconosciuto dal Ministero dell'Università e della Ricerca, fornisce il titolo di Psicoterapeuta.  
S'informa che i seguenti dati non verranno divulgati, in adempimento alla legge 196/03 (Leggi privacy).**