



## DOMANDA DI AMMISSIONE

Scuola di specializzazione in psicoterapia riconosciuta dal MIUR (D.M. 15/10/08) come abilitante all'esercizio dell'attività di psicoterapeuta.

Il/La sottoscritto/a

Dott./ssa (nome e cognome) .....

Nato/a a .....

Prov. di ..... il ..... / ..... / .....

Residente in Via .....

N° ..... CAP .....

Città ..... Prov .....

mail .....

Codice fiscale .....

Tel .....

Laureato/a in

MEDICINA E CHIRURGIA

PSICOLOGIA

Abilitato/a alla professione

SI

NO

## C H I E D E

di essere ammesso/a alla scuola di Psicoterapia IPOD - Istituto per lo Psicodramma a Orientamento Dinamico, con sede a Roma in Via della Lungara 3.

L'invio dei dati sopra riportati implica il consenso al loro utilizzo nei limiti e per le finalità descritte. Il responsabile del trattamento dei dati è l'Istituto stesso, al quale potranno essere richieste tutte le informazioni e le modifiche, a norma dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03.

*(firma leggibile)* .....

Compilare e spedire per email all'indirizzo [plays@plays.it](mailto:plays@plays.it) o consegnare a mano.

**IPOD - PLAYS Via della Lungara, 3 - 00165 Roma Tel. 06 5898271**

Segreteria didattica: 06 5898271 / 347 4125946 / 3895590958 e-mail: [plays@plays.it](mailto:plays@plays.it) - [www.plays.it](http://www.plays.it)