



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 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 - www.plays.it