SCUOLA DI PSICOTERAPIA COMPARATA
GENOVA SPC

Richiesta di ammissione ai Colloqui di preiscrizione

CORSO QUADRIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE
IN PSICOTERAPIA COMPARATA
SEDE DI GENOVA
Riconosciuto con D.M.18/07/2002 G.U.185 08/08/2002)
anno 2024

Al direttore della Scuola di Psicoterapia Comparata - Sede di Genova, dr Laura Grignola

Il sottoscritto (nome e cognome) |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

nato a |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| il |___|___| / |___|___| / |___|___|___|___|

codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

residente in |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

provincia |___|___| alla via/piazza |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

numero civico |___|___|___|___|___|___| CAP |___|___|___|___|___

tel abitazione |___|___|___|___| / |___|___|___|___|___|___|___|___| fax |___|___|___|___| / |___|___|___|___|___|___|___|___|

tel cellulare |___|___|___|___| / |___|___|___|___|___|___|___| e mail _____

In possesso della laurea in ☐ psicologia ☐ medicina (*barrare la casella che interessa*) conseguita presso l'Università degli Studi di

|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___