

ALLA DIREZIONE IdO-MITE SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA PSICODINAMICA DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Corso quadriennale riconosciuto con decreto MIUR del 23.07.2001 a



Il sottoscritto dott. _____

nato a _____ provincia di _____

il _____ e residente a _____ provincia di _____

in via _____

telefono fisso _____ cellulare _____

email _____

codice fiscale _____

domiciliato a (solo se diverso dalla residenza) _____

in via _____

chiede l'ammissione ai colloqui di selezione per l'iscrizione a IdO-MITE Scuola di Specializzazione in Psicoterapia
Psicodinamica dell'Età Evolutiva.

Il sottoscritto dichiara inoltre sotto la propria responsabilità di (barrare la casella):

- Essere laureato in Psicologia (laurea specialistica)
- Essere laureato in Medicina
- Avere in corso di svolgimento le prove per l'esame di stato per l'iscrizione all'Albo
- Aver superato l'esame di stato, ma non essere ancora iscritto all'Albo
- Essere iscritto all'Albo professionale degli Psicologi della regione _____
- Essere iscritto all'Albo professionale dei Medici di _____
- Autorizzare il trattamento dei dati personali secondo la Legge 675/96.
- Comunicare la propria disponibilità per eventuali attività lavorative professionali retribuite
nell'arco del quadriennio**

Si allegano i seguenti documenti:

1. Autopresentazione
2. Curriculum formativo e professionale
3. Foto formato tessera

Data _____

Firma _____