



SOCIETA ITALIANA DI PSICOANALISI DELLA RELAZIONE

DOMANDA DI ISCRIZIONE MASTER

Il /La sottoscritt... Nome _____ Cognome _____

Nat... a _____ il _____

Residente a _____

Via/Piazza _____ n.: _____

Tel.: _____ Cell.: _____ Fax: _____

e-mail: (STAMPATELLO) _____

P. IVA: _____ Codice Fiscale: _____

Laurea in _____

Specialista in _____

o specializzando in _____ presso la scuola universitaria

o riconosciuta: _____ al __ anno.

Ente di appartenenza: _____

Chiede

di essere ammesso al Master in _____

A tal fine, allega:

- _____
- _____
- _____

(Informativa ai sensi della Legge 31. 12. 96 n. 675: le informazioni contenute nella presente comunicazione sono private e confidenziali e destinate solo ed esclusivamente alle persone indicate)

Data _____

Firma
