



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOANALISI DELLA RELAZIONE

Al **Direttore** della Scuola di Specializzazione in Psicoanalisi della Relazione di Roma
 Milano
 Parma

Il /La sottoscritt... Nome _____ Cognome _____

Nat... a _____ il _____

Residente a _____

Via/Piazza _____ n.: _____

Tel.: _____ Cell.: _____ Fax: _____

e-mail: (STAMPATELLO) _____

laurea... in _____ il _____

presso la Facoltà di _____

Iscritt... all'Albo psicologi
 medici di: _____ il _____

oppure: In attesa di conseguire il titolo di abilitazione all'esercizio della professione di Psicologo
 Medico

avendo preso visione ed accettato le norme del regolamento didattico (con particolare riguardo degli articoli 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 13)

chiede

alla S.V. di essere iscritto al I° anno della Scuola di quadriennale di Specializzazione in Psicoanalisi
della Relazione presso l'Istituto di Roma

Milano

Parma

A tal fine, allega:

- curriculum professionale-scientifico e/o formativo

▪ _____

▪ _____

(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 _____

Istituto di Roma Via Appia Nuova 96, 00183 Roma Tel/Fax: **06-77203661** E-mail: istitutodiroma@sipreonline.it

Istituto di Milano Via Carlo Botta 25, 20135 Milano Tel/Fax: **02-5454442** E-mail: istitutodimilano@sipreonline.it

Istituto di Parma Strada Repubblica 61, 43121 Parma Tel: 0521-533873 Fax: **0521-204456** E-mail: istitutodiparma@sipreonline.it

www.sipreonline.it