



**Centro italiano di Psicoterapia  
Psicoanalitica per l'Infanzia e l'Adolescenza**

**CiPsPsia**

Via Savena Antico, 17 - Bologna  
tel 051.6240016 - fax 051.6240260  
[www.cipspsia.it](http://www.cipspsia.it)

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome..... Nome .....  
Nato/a ..... Prov. (.....) il .....  
Titolo di studio .....  
Professione .....  
e-mail .....  
Codice Fiscale .....  
Partita iva .....

Laureato/a in:            o Psicologia            o Medicina e Chirurgia  
Presso l'Università degli studi di ..... in data .....

Iscritto/a all'Albo degli Psicologi/Medici            SI o            NO o  
Se si indicare:  
data ..... Numero iscrizione .....  
Regione/Provincia .....

**INDIRIZZO DI RESIDENZA/DOMICILIO**

Via ..... Nr. ....  
Comune ..... Prov. ....  
Cap ..... Telefono ..... Cell. ....

**INDIRIZZO DI LAVORO**

Ente .....  
Via..... Nr. .... Cap .....  
Comune ..... Prov. ....

**Richiesta di iscrizione per l'anno ..... alla**

**Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica per l'Infanzia e l'Adolescenza (Bologna)**

(Riconosciuto con Decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica del 16.11.2000)

1. Allegata fotocopia del documento d'identità valido
2. Allegato curriculum formativo
3. Allegata documentazione di eventuale psicoterapia Psicoanalitica già svolta
4. In caso di ammissione, dichiaro fin da ora di accettare il regolamento della scuola in ogni sua parte.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 in materia di Documentazione Amministrativa, dichiaro la veridicità di quanto sopra dichiarato.

L'invio dei dati sopra riportati implica il consenso al loro utilizzo nei limiti e per le finalità descritte secondo la legge 675/96 e successive integrazioni e modifiche.

Con la presente acconsento al trattamento dei miei dati secondo le modalità previste dall'attuale normativa sapendo che in qualsiasi momento potrò richiedere al c.i.ps.ps.i.a. di prenderne visione, la loro modifica o cancellazione.

Data ..... Firma per accettazione .....