



I.P.R.

Istituto di Psicoterapia Relazionale



Via Emilia, 102 • 47921 Rimini

Telefono: 0541 23812

Fax: 0541 23443

Email: info@cpsrimini.it

Sito: www.cpsrimini.it

DOMANDA DI PREISCRIZIONE

Al Direttore della Sede di Rimini
dell'Istituto di Psicoterapia Relazionale - IPR
Dr. Renato Capacci
Via Emilia 102
47921 Rimini

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a ail

residente inprov.....

Via/Piazza.....n°.....

cell..... e-mail.....

C.F.....titolo di studio.....

Interessi personali e motivazione che mi portano a richiedere l'ammissione al colloquio di selezione alla frequenza della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico-Relazionale dell' "Istituto di Psicoterapia Relazionale – I.P.R." di Rimini

.....
.....
.....
.....
.....

Allego alla presente il curriculum vitae con autocertificazione rispetto ai titoli.

*Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali di questa Università.
All'interessato competono i diritti di cui all'art. 13 della citata legge.*

Data.....

Firma.....