Al Direttore dell’Istituto

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa | | |
| Nato/a a | | il |
| Residente a | Via | |
| Tel.:  Mobile: | e-mail: | |
| Codice Fiscale: | | |

# **Dichiara**

# in riferimento all’art. 2 legge 4/1/1968, n. 15 - art. 3 comma 10 L 15/5/97 n. 127 - art. 1 D.P.R. 403/98

# **che quanto sotto riportato corrisponde ai dati reali**

Di aver conseguito la Laurea Specialistica in PSICOLOGIA **[ ]** MEDICINA E CHIRURGIA **[ ]**

|  |
| --- |
| Di aver conseguito l’abilitazione all’esercizio della professione il  presso l’Università |
| Di essere regolarmente iscritto/a all’Ordine degli Psicologi **[ ]** dei Medici **[ ]**  di dal N° |
| È in via di formalizzazione dell’iscrizione all’Ordine degli Psicologi **[ ]** dei Medici **[ ]**  di |
| Di aver effettuato un’analisi personale **[ ]** di essere attualmente in trattamento analitico **[  ]** con dr./dr.ssa - di non avere iniziato nessuna analisi personale **[ ]** |

**Chiede**, pertanto, di essere ammesso/a ai colloqui di selezione per accedere alla Scuola di specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica dell’Istituto “Luciano Leppo”.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs 196/03.

Firma

Data……………………………………

La presente domanda regolarmente firmata deve essere scansionata e inviata via e-mail al seguente indirizzo: [istitutodipsicoterapia@gmail.com](mailto:istitutodipsicoterapia@gmail.com)

Verrà data conferma di avvenuta ricezione.