....., ...

Il / la sottoscritto / a .....

nato / a ..... il .....

codice fiscale ..... p. IVA ….....

residente a ..... prov. (…….) cap …….. via .....

telefono ..... cellulare ..... e-mail .....

in possesso di diploma di laurea in ..... conseguito in data .....

iscritto / a all'Albo Professionale de ..... sì ❒ n° …… no ❒

Chiede l'ammissione alla prova d'esame per l'iscrizione a:

✓ Corso di Specializzazione quadriennale per l'abilitazione all'esercizio dell'attività psicoterapeutica.

.....
firma