



**Anno Accademico 2023-2024**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

Al Direttore della  
Scuola di Psicoterapia Psicosomatica  
Via della Conciliazione, 22  
00193 Roma

....., li.....

Il sottoscritto/a .....  
Nato/a a ..... Il .....  
C.F.....Residente in.....  
Via.....n..... CAP.....  
Tel..... fax.....  
e-mail.....  
mail pec:.....  
laureato/a..... il .....con voti.....  
presso l'Università di.....

chiede

di iscriversi alla Scuola Quadriennale di Psicoterapia Psicosomatica gestita congiuntamente dall'Ospedale Cristo Re e dal Consorzio Universitario Humanitas per il Corso che sarà attivato nella Sede di Roma **nell'Anno Accademico 2023-'24;**

a tal fine dichiara di:

- di essere a conoscenza che la Scuola ha una Durata di 4 anni;
- di essere iscritto all'Ordine dei ..... di.....al num.....
- di dover partecipare alla prossima sessione degli Esami di Stato per l'iscrizione all'Ordine dei .....che si terrà il .....

allega:

- Curriculum Vitae e formativo analitico;

L'interessato rilascia consenso per il trattamento dati personali ai sensi del D.Lgs. n°196 del 30.6.2003

Il/la Sottoscritto/a