

SCUOLA ASIPSE srl

associazione per lo studio e l'insegnamento psico socio educativo

Scuola quadriennale di Formazione in Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva di Milano

Via Settembrini, 2 - 20124 Milano - tel. 02/2043880 – fax 02 84940819 e-mail: segreteria@asipse.it

DOMANDA AL CONSIGLIO DI DIREZIONE

della Scuola di Formazione in Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva di Milano

Anno accademico 20 ____/20 ____

Il sottoscritto/a

nato/a a Il

residente a(.....) via.....

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

codice fiscale.....P. IVA.....

laureato/a in.....

presso.....votazione

esame di Stato superato il..... Iscrizione all'Albo nr.

dal/...../..... Regione.....

CHIEDE

di poter partecipare al colloquio di ammissione alla Scuola quadriennale di Formazione in Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva di Milano, legalmente riconosciuta con DM 24.10.94, art. 3 legge 56/89, gestita da SCUOLA ASIPSE srl.

sede di Milano

Allega alla presente:

- certificato di laurea
- iscrizione albo professionale
- curriculum vita

Luogo..... , data

In fede -----