

Direttore  
Dott.ssa Silvia Attanasio Romanini

**CORSO QUADRIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE IN  
PSICOTERAPIA AD INDIRIZZO ANALITICO TRANSAZIONALE**

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER L'ISCRIZIONE**

**Anno Solare 2018**

**Cognome** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_

**La informiamo che i suoi dati sono raccolti a scopo informativo ed elaborati elettronicamente nel rispetto della legge 675/96 sulla tutela dei dati personali.**

**I suoi dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi lei può richiedere in qualunque momento la modifica o la cancellazione, scrivendo al Responsabile dei dati della Scuola Superiore di Analisi Transazionale “Seminari Romani di Analisi Transazionale”.**

**Autorizzo il trattamento dei miei dati personali contenuti nella presente domanda**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Il presente modulo va compilato in tutte le sue parti, a macchina o in stampatello, (sbarrando le voci che non interessano) e inviato con i seguenti allegati:**

- copia del certificato di laurea completo di tutti gli esami sostenuti
- copia del tesserino di iscrizione al rispettivo albo professionale

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

PARTITA IVA \_\_\_\_\_

STATO CIVILE \_\_\_\_\_

LAUREA \_\_\_\_\_

SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_

RECAPITO POSTALE COMPLETO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELEF. FISSO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

E MAIL \_\_\_\_\_

**Curriculum degli studi** (eventuali altri titoli di studio)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Attività scientifica e di ricerca**

(Indicare l'argomento della tesi di laurea, eventuali temi di ricerca, pubblicazioni di lavori scientifici)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Appartenenza a società scientifiche** (precisare il nome, la sigla e la data di iscrizione)

\_\_\_\_\_

ISCRIZIONE ALL'ORDINE DI APPARTENENZA: PSICOLOGO ( ) MEDICO ( ):

Data superamento Esame di Stato (se in corso, indicare la posizione) \_\_\_\_\_

Data iscrizione Albo \_\_\_\_\_ N° di iscrizione \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

**Conoscenza di lingue straniere** (indicare quale/i \_\_\_\_\_ e il livello di conoscenza: discreto ( ) buono ( ) ottimo ( )

**Analisi personale**

(Indicare l'orientamento, la data di inizio e dell'eventuale conclusione, frequenza delle sedute).

---

---

**Attività professionale svolta nell'ambito clinico**

---

---

---

---

---

---

**Motivazioni per le quali viene richiesta la frequenza alla Scuola**

---

---

---

---

---

---

---

**In fede.**

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_