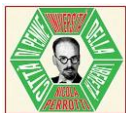


MASTER di Specializzazione in PSICOPATOLOGIA PSICOANALITICA



UNIVERSITÀ DELLA LIBERETÀ
"NICOLA PERROTTI"
Città di Penne - ETS



Lo Spazio Psicoanalitico



Modulo Iscrizione

Il/la Sottoscritto/a (in possesso della Laurea in Medicina o Psicologia) chiede l'iscrizione al **Master di Specializzazione in Psicopatologia Psicoanalitica**.

COGNOME _____ NOME _____

Comune di nascita _____ STATO _____

DATA di NASCITA ___/___/___ SESSO ___ CITTADINANZA _____

RESIDENZA _____ VIA _____

No _____ CAP _____ CODICE FISCALE _____

CELLULARE _____ email _____

LAUREA in: MEDICINA PSICOLOGIA

1. Il/La Sottoscritto/a per quanto dichiarato è pienamente consapevole delle responsabilità civili e penali previste nell'art. 76 del D.p.r. 445/2000, per dichiarazioni mendaci.
2. Il /La Sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l'Università può utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta esclusivamente nell'ambito dei fini istituzionali propri della P.A. (d.lgs 196/2003 «Tutela della privacy» e successive modifiche).
3. Il/La Sottoscritto/a si impegna a versare il costo d'iscrizione di 250 € (entro il 05/11/2022) sul C.C. intestato all'Università della LiberEtà «Nicola Perrotti».
IBAN : IT47 W084 7377 3600 0000 0127 594.

Data: _____

Firma
