**DOMANDA DI COLLOQUIO DI AMMISSIONE**

Io sottoscritt\*: Click or tap here to enter text. Nat\* a: Click or tap here to enter text.

provincia di: Click or tap here to enter text. Il: Click or tap here to enter text.

CF: Click or tap here to enter text.

residente in: Click or tap here to enter text. Provincia di: Click or tap here to enter text.

CAP: Click or tap here to enter text. In via/piazza Click or tap here to enter text.

Email: Click or tap here to enter text. Cellulare: Click or tap here to enter text.

DIPLOMA di LAUREA IN  PSICOLOGIA  MEDICINA E CHIRURGIA

conseguito il: Click or tap here to enter text.

presso l’Università: Click or tap here to enter text. con votazione: Click or tap here to enter text.

**CHIEDO**

di partecipare ai colloqui di selezione in vista dell’ammissione alla scuola quadriennale di specializzazione in psicoterapia Accademia di Scienze Comportamentali e Cognitive per la sede di

**PARMA**  **MILANO**

Luogo: Click or tap here to enter text. Il: Click or tap here to enter text.

Firma: Click or tap here to enter text.

L'interessat\* rilascia consenso per il trattamento dati ai sensi del D.Lgs. n°196 del 30.6.2003