



DOMANDA DI AMMISSIONE

Scuola di Psicoterapia con Specializzazione in Psicodramma.

Il/La sottoscritto/a
Dott./ssa (nome e cognome)
Nato/a a
Prov. di il / /
Residente in Via
N° CAP
Città Prov
mail
Codice fiscale
Tel /

Titolo di Studio

CHIEDE

di essere ammesso/a alla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia IPOD PLAYS.

E SI IMPEGNA

- A versare le quote mancanti nei periodi: gennaio, giugno e settembre di ogni anno di iscrizione;
- In caso di interruzione, a corrispondere la quota dell'anno in corso per intero.

L'invio dei dati sopra riportati implica il consenso al loro utilizzo nei limiti e per le finalità descritte. Il responsabile del trattamento dei dati è l'Istituto stesso, al quale potranno essere richieste tutte le informazioni e le modifiche, a norma dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03.

(firma leggibile)

Compilare e spedire per email all'indirizzo plays@plays.it oppure francescomarzano@plays.it

IPOD - PLAYS Via Federico di Donato, 10 - 00151 Roma Tel. 06 97275359

Segreteria didattica: 3397493645 / 3895590958 - e-mail: plays@plays.it - www.scuolapsicodrammaipod.it