

**Scuola di Specializzazione in Psicoterapia**

**FORMA MENTIS**

**Anno 2027**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

Al Direttore della  
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia  
FORMA MENTIS  
Via della Conciliazione n.22  
00193 Roma

....., li.....

Il sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... Il .....

C.F.....Residente in.....

Via.....n..... CAP.....

Tel..... fax.....

e-mail.....

mail pec:.....

laureato/a..... il .....con voti.....

presso l'Università di.....

chiede

di iscriversi alla Scuola Quadriennale di Specializzazione in Psicoterapia **FORMA MENTIS** gestita dal  
**Consorzio Universitario Humanitas** per il Corso che sarà attivato nella Sede di Roma **nell'Anno 2027**;

a tal fine dichiara di:

- di essere a conoscenza che la Scuola ha una Durata di 4 anni;
- di essere iscritto all'Ordine dei ..... di..... al  
num.....
- di dover partecipare alla prossima sessione degli Esami di Stato per l'iscrizione all'Ordine dei  
.....che si terrà il .....

allega:

- Curriculum Vitae

Si esprime il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.Lgs. 196/03 e successive **modifiche**

Il/la Sottoscritto/a