

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicosomatica
Orientamento Dinamico-Cognitivo Integrato

Anno 2026

DOMANDA D'ISCRIZIONE

Al Direttore della
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia
“Accademia di Psicoterapia Psicosomatica – APP”
Via XX Settembre, 68/b
00187 Roma

....., lì.....

Il sottoscritto/a

Nato/a a Il

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

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

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

e-mail.....

mail pec:.....

laureato/a..... ilcon voti.....

presso l'Università di.....

chiede

di iscriversi alla Scuola Quadriennale di Specializzazione in Psicoterapia “Accademia di Psicoterapia Psicosomatica – APP” gestita dal Consorzio Universitario Universalus per il Corso che sarà attivato nella sede di Roma nell'Anno 2026;

a tal fine dichiara di:

- di essere a conoscenza che la Scuola ha una Durata di 4 anni;
- di essere iscritto all'Ordine dei dial 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