



c.i.Ps.Ps.i.a.

*Centro Italiano di Psicoterapia Psicoanalitica
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

Bologna: Via Savena Antico, 17 - tel 051.6240016 - fax 051.6240260
www.cipspsia.it

SCHEDA DI ISCRIZIONE

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ Prov. (_____) il _____

Residente a _____ (_____) _____

in Via _____, n. _____ Cap _____

E-mail _____

Cellulare _____

Codice Fiscale _____

Partita Iva _____

INDIRIZZO DI DOMICILIO (SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)

Via _____, n. _____

Città _____ Prov. (_____) Cap _____

Laureato/a in: Psicologia Medicina e Chirurgia

Presso l'Università degli studi di _____ in data _____

> LAUREA/tipo di abilitazione indicare se:

- laurea abilitante (LM-51)
- laurea non abilitante + tirocinio professionale + prova orale (DM 544/2022)
- laurea non abilitante + tirocinio pratico-valutativo TPV + prova pratica valutativa

> **Data conseguimento titolo di abilitazione** cioè la data di superamento dell'ultima prova dell'Esame di Stato (art. 52, DPR 328/2001) oppure di superamento della Prova Orale in caso di tirocinio professionale completato (DM 544/2022) oppure di superamento della Prova Pratica-Valutativa PPV dopo Tirocinio Pratico-Valutativo TPV (DI 567/2022):

_____ (qualora non abilitato indicare data presunta)

> **Data richiesta iscrizione Albo:** ricordando che possono essere iscritti con riserva al corso di specializzazione in psicoterapia gli allievi che provvedono entro 30 giorni dalla decorrenza dell'abilitazione a richiedere l'iscrizione all'Albo (art. 3, punto G.1, OM 10/12/2004):

Iscritto/a all'Albo Psicologi/Medici SÌ NO

Se sì indicare:

Data _____ Numero iscrizione _____ Regione/Provincia _____

Richiesta di iscrizione per l'anno 2026 al

Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica per l'Infanzia e l'Adolescenza

(Riconosciuto con Decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica del 16.11.2000)

- ⇒ Allegata fotocopia del documento d'identità valido
- ⇒ Allegato curriculum formativo
- ⇒ Allegata documentazione di eventuale psicoterapia Psicoanalitica già svolta o in corso
- ⇒ In caso di ammissione, dichiaro fin da ora di accettare il regolamento della Scuola in ogni sua parte

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 in materia di Documentazione Amministrativa, dichiaro la veridicità di quanto sopra dichiarato. L'invio dei dati sopra riportati implica il consenso al loro utilizzo nei limiti e per le finalità descritte secondo la legge 675/96 e successive integrazioni e modifiche.

Con la presente acconsento al trattamento dei miei dati secondo le modalità previste dall'attuale normativa sapendo che in qualsiasi momento potrò richiedere al c.i.ps.ps.i.a. di prenderne visione, la loro modifica o cancellazione.

Data _____ Firma per accettazione _____