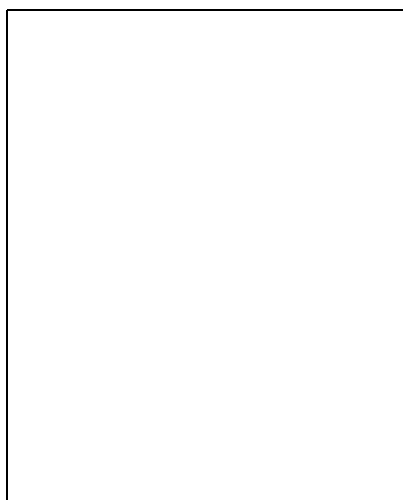


## Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Transazionale

Riconosciuta per la formazione in psicoterapia -D.M. N°509/11.02.08 – G.U. N°47/25.02.08

Viale XXI Aprile N°53, 04100 Latina Tel/Fax 0773.663658 E-Mail subianc@libero.it www.sspt-sapa.it

### SCHEMA DI ISCRIZIONE ALLA SSPT



Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita: giorno: \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Laurea in: \_\_\_\_\_ Conseguita il: \_\_\_\_\_

Presso l'Università di: \_\_\_\_\_

Data Esame di Stato: \_\_\_\_\_ Data iscrizione all'albo: \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

Indirizzo: Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono di casa: \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Informato sui diritti e sui limiti di cui alla Legge n. 196/03 e successive modificazioni sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali esprimo il mio consenso ed autorizzo al trattamento dei miei dati personali e della fotografia esclusivamente ai fini dell'intervento formativo della SSPT per gli usi consentiti dalla legge.

**Luogo e data:** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_