



**DOMANDA DI AMMISSIONE ANNO 2025**

DATI ANAGRAFICI
Cognome e nome
Data di nascita
Luogo di nascita
Codice fiscale

DATI DI RESIDENZA
Indirizzo
Comune
Recapito telefonico
e-mail

FORMAZIONE
Laurea in
Università
Data di laurea
Titolo tesi e relatore

ALTRE INFORMAZIONI	
Iscritto/a all'Albo Professionale degli Psicologi della Regione:	N°
Iscritto/a all'Albo Professionale dei Medici del Comune di:	N°
non ancora iscritto/a all'Albo, sosterrà l'esame di abilitazione nella sessione di:	

**chiede**

- di poter essere ammesso/a al primo anno di corso.
- di poter essere ammesso/a ad anni successivi al primo (\_\_\_\_\_ anno di corso/fuori corso), allegando copia della documentazione attestante la carriera pregressa.
- Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del D. lgs. 196/03

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_