



**DOMANDA DI AMMISSIONE ANNO 2018**

**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.

Luogo e data

Firma

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del D. lgs. 196/03

Data e Firma della segreteria per presa visione \_\_\_\_\_