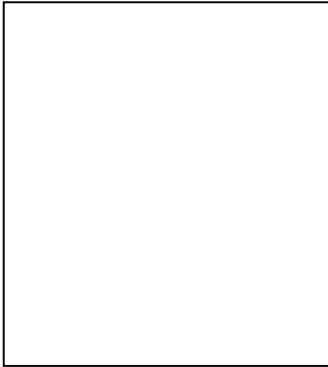




# Centro Siciliano di Terapia della Famiglia

SEDE DI PALERMO DEL CENTRO MILANESE DI TERAPIA DELLA FAMIGLIA

Sede didattica: Via Giorgio Castriota, 6 – 90139 Palermo –  
Tel./Fax 091. 336363 – E-mail: [cstf@cstf.it](mailto:cstf@cstf.it) [www.cstf.it](http://www.cstf.it)



## SCHEDA D'ISCRIZIONE SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA

**ANNO ACCADEMICO :** \_\_\_\_\_ **SEDE :** \_\_\_\_\_

**Cognome :** \_\_\_\_\_ **Nome :** \_\_\_\_\_

**Nato/a il :** \_\_\_\_\_ **a:** \_\_\_\_\_ **prov.:** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale :** \_\_\_\_\_ **P. IVA :** \_\_\_\_\_

**Indirizzo :** \_\_\_\_\_

**Località :** \_\_\_\_\_ **cap :** \_\_\_\_\_

**Tel :** \_\_\_\_\_ **Tel. cell :** \_\_\_\_\_

**Fax :** \_\_\_\_\_ **e-mail :** \_\_\_\_\_

**Titolo di studio :** \_\_\_\_\_

**Professione :** \_\_\_\_\_

**Iscrizione albo professionale :**

**Regione o provincia :** \_\_\_\_\_ **data :** \_\_\_\_\_ **n° :** \_\_\_\_\_

**Firma per il consenso all'utilizzo dei propri dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003:**

*Allegati:*

- *n. 2 fotografie formato tessera*
- *curriculum di studi e professionale*
- *copia del titolo di studio*
- *copia dell'esame di stato*
- *copia dell'iscrizione albo*