



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOANALISI DELLA RELAZIONE

Al **Direttore** della Scuola di Specializzazione in Psicoanalisi della Relazione di  Roma  
 Milano  
 Parma

Il /La sottoscritt... Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nat... a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: (STAMPATELLO) \_\_\_\_\_

laurea... in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

presso la Facoltà di \_\_\_\_\_

Iscritt... all'Albo  psicologi  
 medici di: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

oppure: In attesa di conseguire il titolo di abilitazione all'esercizio della professione di  Psicologo  
 Medico

avendo preso visione ed accettato le norme del regolamento didattico (con particolare riguardo degli articoli 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 13)

### chiede

alla S.V. di essere iscritto al I° anno della Scuola di quadriennale di Specializzazione in Psicoanalisi

della Relazione presso l'Istituto di  Roma

Milano

Parma

A tal fine, allega:

- curriculum professionale-scientifico e/o formativo

▪ \_\_\_\_\_

▪ \_\_\_\_\_

(Informativa ai sensi della Legge 31. 12. 96 n. 675: le informazioni contenute nella presente comunicazione sono private e confidenziali e destinate solo ed esclusivamente alle persone indicate)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Istituto di Roma** Via Appia Nuova 96, 00183 Roma Tel/Fax: 06-77203661 E-mail: [istitutodiroma@sipreonline.it](mailto:istitutodiroma@sipreonline.it)

**Istituto di Milano** Via Carlo Botta 25, 20135 Milano Tel/Fax: 02-5454442 E-mail: [istitutodimilano@sipreonline.it](mailto:istitutodimilano@sipreonline.it)

**Istituto di Parma** Strada Repubblica 61, 43121 Parma Tel: 0521-533873 Fax: 0521-204456 E-mail: [istitutodiparma@sipreonline.it](mailto:istitutodiparma@sipreonline.it)

[www.sipreonline.it](http://www.sipreonline.it)