

Al Direttore
Istituto di Psicoterapia
Familiare e Relazionale Srl
Via Dante 142
BARI

Tel.Fax. 080/5237614
e-mail bari@ipfr.it

Cognome.....Nome.....
Data di nascita.....luogo di nascita.....
Residenza.....indirizzo.....
Telefono.....Cell.....
Laurea in.....
Iscrizione Albo di.....in data.....numero.....
Codice fiscale.....
Ammissione alla SCUOLA QUADRIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA
FAMILIARE E RELAZIONALE.

Allega:

- Curriculum vitae
- Copia titolo di studio
- Aspettative e motivazioni

.....
.....
.....
.....

Data

.....

Firma

.....