Associazione Italiana di Oncologia Medica

Società Italiana di Psico-Oncologia

Scuola Biennale di Formazione in CLINICA PSICO-ONCOLOGICA Anno accademico 2018 – 2019

Al Direttore della Scuola
Prof. Marco Bellani
Società Italiana di Psico-Oncologia

Il/La sottoscritto/a	nato/a a
il	Nazionalità
residente in	Via
Indirizzo per comunicazioni	
CAP	CF
telefono	fax
cell	E-mail
in possesso della laurea in	conseguita in data
presso l'Università degli Studi di	

Chiede di essere ammesso/a alla Scuola Biennale di Formazione in Clinica Psico-Oncologica per l'a.a. 2018/2019.

A tal fine, allega alla presente in formato PDF:

- Fotocopia di un documento d'identità valido (Carta d'Identità - Passaporto);
- Fotocopia del Codice Fiscale;
- Curriculum vitae in formato europeo;
- Autocertificazione di iscrizione ad una Scuola di Psicoterapia con specificazione dell'anno in corso oppure
- Autocertificazione di acquisita abilitazione all'esercizio della Psicoterapia
- Autocertificazione di eventuali altri titoli valutabili ai fini del punteggio per la graduatoria di merito.

Il /La sottoscritto/a dichiara di aver letto e di approvare in ogni suo punto il bando di ammissione alla Scuola Biennale di Formazione in Clinica Psico-Oncologica, di essere in possesso di tutti i requisiti ivi previsti e di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. 445/2000, il rilascio di dichiarazioni false o incomplete costituisce un reato penale.

Autorizza espressamente, ai sensi del D.Lgs. 196/03, al trattamento dei propri dati personali e dichiara di essere a conoscenza dei diritti spettanti secondo il disposto dell'articolo 13.

Data _____

_____
Firma autografa del/la dichiarante
(per esteso e leggibile)

Da inviare a: segreteria.scuolasipo@gmail.com