



**Scuola Biennale di Formazione in  
CLINICA PSICO-ONCOLOGICA**  
Anno accademico 2020 – 2021

**DOMANDA DI AMMISSIONE**

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

Il/La sottoscritto/a

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ nazionalità \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mobile \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Recapito per comunicazioni \_\_\_\_\_

e-mail personale \_\_\_\_\_

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. 2020-2021.**

*A tal fine, allega alla presente e 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 conseguimento Laurea
- Autocertificazione di eventuale iscrizione a Scuola di Psicoterapia
- Autocertificazione di 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, 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**