



LA RELAZIONE DI COPPIA
CORSO DI APPROFONDIMENTO CLINICO

MODULO DI ISCRIZIONE

Dati Personali

COGNOME:

NOME:

Data di nascita:

Luogo di nascita:

Residenza:

Indirizzo:

Telefono:

Tel. Lavoro:

Email:

Dati relativi agli Studi

Laurea in:

Data di Laurea:

Università Degli Studi:

Specializzazione in:

presso l'Università o Istituto:

Ammissione al Corso di Approfondimento Clinico "La Relazione di Coppia" presso la sede di POTENZA dell'Istituto di Psicoterapia Relazionale Kaleidos.

Allega in originale o copia:

- Fotocopia del Codice Fiscale
- Fotocopia del Documento d'Identità
- Curriculum Vitae

Note: _____

Luogo e data

Firma
