



PSICOTERAPIA TRAINING SCHOOL

Scuola di Psicoterapia

COGNITIVO COMPORTAMENTALE
DELL'ADULTO E DELL'ETÀ EVOLUTIVA

PS

*Al Direttore della Scuola di Psicoterapia cognitivo comportamentale
dell'adulto e dell'età evolutiva - Training School*

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A _____ () IL _____

RESIDENTE A _____ () C.A.P. _____

IN VIA/PIAZZA _____ TEL. _____ / _____

DOMICILIO (se diverso dalla residenza) _____

E. MAIL _____ CELL. _____ / _____

COD. FISC. _____ P.IVA _____

LAUREATO IN _____ PRESSO L'UNIVERSITÀ DI _____

ISCRITTO ALL'ALBO DI _____ IN DATA _____ NUMERO _____

Avendo superato la prova di selezione per l'ammissione alla **Scuola di Psicoterapia cognitivo comportamentale dell'adulto e dell'età evolutiva - Training School**, chiede di essere iscritto/a al 1° anno della Scuola nella sede di:

☐ ROMA ☐ JESI ☐ SPOLETO

Allega alla presente domanda copia del versamento dell'anticipo di € **402,00** (di cui € 2 di bollo N.S. art. 15 del D.P.R. 633/72).

Tale versamento dà diritto all'iscrizione alla scuola e sarà totalmente rimborsato nel caso in cui il corso non si attivasse per motivi riconducibili alla scuola. Qualora la mancata frequentazione del corso fosse invece riconducibile al recesso dell'iscritto, la somma verrà restituita se la comunicazione perverrà entro il 30 novembre dell'anno precedente l'inizio corso.

Il versamento dovrà essere effettuato tramite bonifico bancario intestato a:

PSYCHOSYNERGY S.R.L. - BPER Banca

IBAN: IT21N0538703266000049210067

Sulla causale dovrà essere indicato il nome e cognome dell'allievo e la dicitura: "Iscrizione Scuola di Psicoterapia"

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza di tutte le norme che regolano il funzionamento della Scuola.

La domanda e la ricevuta del versamento possono essere inviate per e-mail a info@scuolaps.it.

Luogo, data _____, ____/____/____ Firma _____