Al Direttore

Istituto Metafora Centro ricerca e terapia della famiglia del bambino e dell’adolescente

( già Istituto di Pscicoterapia

Familiare e Relazionale Srl)

Via Dante 142

BARI

Tel.Fax. 080/5237614

e-mail bari@istitutometafora.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 PSCICOTERAPIA

FAMILIARE E RELAZIONALE.

Allega:

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

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

Data Firma

………………………… ………………………………