



PSICOTERAPIA TRAINING SCHOOL

Scuola di Psicoterapia

COGNITIVO COMPORTAMENTALE
DELL'ADULTO E DELL'ETÀ EVOLUTIVA

PTS

*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 PROFESSIONALE _____ IN DATA _____

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

Allega alla presente domanda copia del versamento dell'anticipo di € 400,00 (+ € 2 di bollo, N.S. art. 15 del D.P.R. 633/72, da applicare sulla fattura al ricevimento della stessa).

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 dovuta ad altre ragioni, imputabili all'iscritto, tale somma non verrà restituita.

Il versamento dovrà essere effettuato tramite bonifico bancario intestato a:

PSYCHOSYNERGY S.R.L. - Training School - Banca Popolare di Sondrio, AG. 2 - Via Gherardi, 45 - Roma.

IBAN: IT79 I 05696 03202 000009028X85.

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@scuolapts.it - per fax, allo 06/86205256.

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