

**Domanda di Iscrizione**

Dopo avere compilato il seguente modulo, si prega di **consegnarlo o inviarlo a mezzo posta** presso la Sede di Siracusa in Via S. Sebastiano, 38 – 96100 **oppure a mezzo e-mail** all'indirizzo [info@gestalt.it](mailto:info@gestalt.it) **oppure a mezzo fax** al numero 0931465668

Il/la sottoscritt... Dott. ....  
nato/a a ..... Il .....  
e residente a ..... (CAP .....)  
in Via ..... n. ....  
Codice Fiscale ..... - Partita IVA .....  
Essendo dipendente pubblico SI  NO   
Essendo in possesso della Laurea in:  
 Medicina e Chirurgia  Psicologia conseguito in data .....  
Iscritto/a all'albo degli psicologi SI  NO  dalla data .....  
Iscritto/a all'albo dei medici SI  NO  dalla data .....  
Regione/Provincia .....

**C H I E D E**

di essere ammesso/a a frequentare il Corso Quadriennale di Specializzazione in Psicoterapia della Gestalt, riconosciuto dal "Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca" con D.M. 09/05/94, D.M. 07/12/01 e D.M. 24/10/2008, che inizierà nel prossimo anno accademico.

presso la sede di  SIRACUSA  PALERMO  MILANO \*

\* L'Istituto è in attesa di ottenere il riconoscimento dal MIUR per l'attivazione dei corsi di specializzazione in psicoterapia anche nella sede di Milano. Nel caso in cui l'istanza presentata dovesse essere respinta o il riconoscimento dovesse pervenire oltre la data d'inizio dell'anno accademico, gli allievi che abbiano scelto la sede di Milano potranno decidere se frequentare il corso presso le sedi riconosciute di Siracusa e Palermo o, in alternativa, chiedere l'integrale restituzione di quanto versato, senza null'altro a pretendere.

Contatti:

Dott. ....

Indirizzo: Via ..... n. ....

CAP ..... Città ..... Prov. ....

tel. abitazione ..... tel. Uff. .... altro.....

Cell. .... E.mail .....

Accetta di ricevere Tutte le comunicazioni dell'Istituto attraverso l'indirizzo di posta elettronica espressamente sopra indicato. L'Istituto non si rende responsabile della effettiva ricezione e lettura dei messaggi.

Data ..... Firma .....

Ai sensi del D. Lgs. 196 del 30.06.2003 e successive modifiche, dichiaro di avere preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali (presente sul sito <http://www.gestalt.it/it>) esprimo liberamente il mio consenso al trattamento dei miei dati personali all'Istituto di Gestalt - H.C.C. - Italy

Data ..... Firma .....

Sede legale/Sede Operativa: **Siracusa (SR)** - Via S. Sebastiano, 38 – 96100  
Tel. (+39) 0931.48.36.46/0931.44.56.67 - Fax. (+39) 0931.46.56.68- [info@gestalt.it](mailto:info@gestalt.it)  
Sede Operativa: **Palermo (PA)** - Via Lincoln, 19 - 90133 - Tel. 0916161279- Fax. 0916161279 - [palermo@gestalt.it](mailto:palermo@gestalt.it)  
P.IVA 01614460895 – C.F. 01614460895

[www.gestalt.it/italy](http://www.gestalt.it/italy)

Pagina 1 di 1

scheda\_iscrizione\_scuola.doc rev. 1 del 20/07/10