



Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Indirizzo	
Città	
Cellulare	
E-mail	
Laurea in	
Data conseguimento laurea	
Votazione	
Titolo della tesi	
Relatore e Correlatore	
Tirocinio Post lauream	
Specializzazione	
Master	
Altri titoli	
Attuale impiego	
Pubblicazioni Scientifiche	

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

inoltra richiesta per l'ammissione alla selezione per il la Scuola Quadriennale di Specializzazione

"Istituto Italiano di Psicoanalisi per la Ricerca e la Clinica – *PSICOMED*"

Data.....

Firma

.....

Si allega:

- certificato di laurea o copia autenticata
- certificato di iscrizione all'albo professionale (se in possesso)
- *curriculum vitae*

Inviare a:

Istituto Italiano di Psicoanalisi per la Ricerca e la Clinica – *PSICOMED*

email: [psicomed@neuromed.it](mailto:psicomed@neuromed.it)