



*Scuola quadriennale di formazione in psicoterapia
integrata*

*riconosciuta idonea ad attivare corsi di formazione in psicoterapia con
Decreto 20/03/1998 del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica*

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA SCUOLA DI
SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA INTEGRATA**

*Al Direttore,
prof. Giovanni Ariano*

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
in provincia di _____ residente in _____ alla via _____
n° _____ provincia di _____ domicilio (da segnalare solo se diverso dalla residenza)
_____ Telefono: _____ Cellulare: _____
E-mail: _____ C.F.: _____

Informa di essere interessato al Corso di Specializzazione in Psicoterapia Integrata.

- a) Il primo anno del Corso inizia il 10 Gennaio 2024 e termina il 18 Dicembre 2024, con pausa estiva nei mesi di Luglio e Agosto.
- b) L'attività didattica si articola:
 1. ogni mercoledì dalle ore 12.00 alle ore 20.30
 2. un sabato al mese dalle 9.00 alle 14.00
 3. monte ore annuali: 583 ore
- c) Il costo del Corso è di 3.000 € annui, con possibilità, di usufruire, in casi particolari, di Borse Studio o di Borse lavoro.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data _____

FIRMA

sipi

Società Italiana di Psicoterapia Integrata

Via Pio XII, 129 – 80026 Casoria (NA)

Tel. 081/7308211 - Fax 081/7308243

CODICE FISCALE : 04420770630 PARTITA IVA : 03667231215

Sito Web: www.sipintegrazioni.it – E-MAIL: sipi@sipintegrazioni.it