

DOMANDA DI AMMISSIONE
Ai corsi della specializzazione in Psicologia Analitica

DATI ANAGRAFICI

Il/la sottoscritto/a Cognome Nome

Nato/a Prov. (.....) il.....

Codice Fiscale.....

Partita IVA.....

Telefono.....Cell.....

e-mail.....

INDIRIZZO DI RESIDENZA

Via.....Nr.

Comune.....

Prov.....Cap.....

INDIRIZZO DI LAVORO

Professione.....

Ente.....

Via.....Nr.

Comune.....Prov.....

Cap.....Telefono.....

Laureato/a in:

MEDICINA E CHIRURGIA - PSICOLOGIA

presso.....

il.....con

votazione.....

Abilitato/a all'esercizio della professione di :

Iscritto all'Ordine
in data.....con il numero.....

essendo in possesso di tutti i requisiti richiesti,

C H I E D E

di essere iscritto/a, previo colloqui di ammissione, al *Corso di Specializzazione in Psicologia Analitica* .

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, che tutti i dati forniti sono esatti e veritieri (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000) e allega la seguente documentazione:

- 1) Curriculum vitae articolato in una dettagliata descrizione della propria attività professionale e scientifica ,con data e firma;
- 2) documentazione attestante eventuale psicoterapia personale già effettuata;

3) fotocopia di un documento di identità e del codice fiscale;

4) Autorizzazione al trattamento dei dati personali (ai sensi del D.Lgs. 196/03):

Il/la sottoscritto/a autorizza il LIRPA al trattamento dei dati personali forniti, in accordo con il D.Lgs n.196/03 sulla privacy, per tutte le finalità relative alla gestione del procedimento di ammissione alla Scuola nonché, successivamente, per le finalità inerenti la gestione del rapporto medesimo. I dati personali comunicati saranno raccolti e registrati su archivio elettronico e/o informatico protetto e trattati in via del tutto riservata nel pieno rispetto del “Codice in materia di protezione dei dati personali” (D.Lgs n.196/03).

5) La seguente Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione compilata ai sensi dell’art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 :

Il/la Sottoscritto/a

C.F.,.....nato/a a

ilresidente a(.....)

in via

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Di essere stato informato e di dare il proprio relativo consenso informato per quanto concerne la seguente regolamentazione dei miei rapporti di allievo/a con la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicologico-Analitica ad orientamento Comunicativo(LIRPA):

Un eventuale parere negativo sul percorso formativo teorico dell’allievo da parte di un singolo docente o sul percorso analitico formativo di supervisione clinica da parte dell’analista didatta, espresso o alla fine di ciascuna annualità o nel corso del processo formativo è inappellabile da parte dell’allievo e viene esclusivamente ratificato dal C.D, che ha facoltà di interrompere l’iter formativo. Per quanto attiene al percorso analitico formativo di supervisione clinica e/o al tirocinio clinico presso le strutture convenzionate, il Didatta con incarico anche di Tutor ha facoltà di interrompere in qualsiasi momento l’iter formativo dell’allievo a lui affidato in supervisione individuale o di gruppo, laddove ravvisi modalità di intervento dell’allievo dissonanti rispetto al proprio modello clinico di riferimento, ciò al fine di salvaguardare sia l’iter terapeutico del paziente affidato all’allievo in supervisione sia la propria responsabilità medico-legale nei confronti del paziente , in quanto l’allievo opera sotto la sua responsabilità sanitaria e legale.

Firma

Data

.....