



Scuola di Specializzazione in Psicoterapia dello Sviluppo e Adolescenza n. 190

**Reggio Emilia, Brescia, Trento**

**Reggio Emilia:** Via Pier Carlo Cadoppi, 10

**Brescia:** Via Gezio Calini, 30 c/o Centro Pastorale Paolo VI

**Trento:** Via Pranzeroles, 87

per info 0522.430053 - [www.acabs.org](http://www.acabs.org)

## **DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SCUOLA DI PSICOTERAPIA**

*Scuola di Specializzazione in Psicoterapia riconosciuta dal  
MIUR come abilitante all'esercizio dell'attività di  
psicoterapeuta.*

*Riconosciuta dal MIUR (Reggio Emilia: D.D. 1.8.2006 - Brescia: D.D. 22.2.2012 –  
Trento D.D. 10.04.2019)*

Il/La sottoscritto/a

Dott. (nome e cognome).....

Nato/a a .....

Prov. di ..... il .....

Residente in Via .....

N° .....CAP .....

Città ..... Prov .....

Sede legale e amministrativa in [Via Pier Carlo Cadoppi, 10 – 42124 REGGIO EMILIA](http://www.acabs.org)  
(RE) – TEL: 0522/430053 – FAX: 0522/496645 –  
e.mail: [segreteria@acabs.it](mailto:segreteria@acabs.it)

e-mail .....

Codice fiscale .....

Tel .....

Laureato/a in

- MEDICINA e CHIRURGIA
- PSICOLOGIA

Abilitato/a alla  
professione

- SI
- NO

## **CHIEDE**

di essere ammesso/a alla scuola di Psicoterapia nella sede di :

- Reggio Emilia
- Brescia
- Trento

L'invio dei dati sopra riportati implica il consenso al loro utilizzo nei limiti e per le finalità descritte. Il responsabile del trattamento dei dati è l'Istituto stesso, al quale potranno essere richieste tutte le informazioni e le modifiche, a norma dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03.

*(firma leggibile)*

---

**IL PRESENTE MODULO VA COMPILATO, FIRMATO E  
INVIATO O TRAMITE E-MAIL A [segreteria@acabs.it](mailto:segreteria@acabs.it)**