

RICHIESTA TIROCINIO SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____

via _____ n. _____

tel _____ e-mail _____

iscritto/a al _____ anno presso la Scuola _____

di _____, orientamento _____

chiede di svolgere l'attività di tirocinio presso il Consultorio Familiare UCIPEM di Pescara

nel periodo dal _____ a _____ per un totale complessivo di _____ ore.

*Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art.

13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

(luogo e data) _____

Firma

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte, dovrà essere inviato tramite email all'indirizzo:
tirocinio@ucipempescara.org.