

DOMANDA D'ISCRIZIONE

Il sottoscritto chiede di essere ammesso al corso dell'**ASPIC**:

SCUOLA di specializzazione quadriennale in Psicologia Clinica di Comunità e Psicoterapia Umanistica Integrata. (INDIRIZZO FENOMENOLOGICO-ESISTENZIALE) Riconosciuta ai sensi della Legge n°56/89 art.3 con autorizzazione Ministeriale (Decreto Ministeriale del 9 maggio 1994 - Gazzetta Ufficiale del 21 maggio 1994). Adeguamento e conferma **riconoscimento dal MIUR Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca** (Decreto Ministeriale del 25 maggio 2001 - G.U. 17 luglio 2001). Titolo equipollente alla specializzazione universitaria (art.1/3 L. 29 dicembre 2000 - G.U. 8 gennaio 2001) per Medici e Psicologi.

UNIVERSITÀ POPOLARE DEL COUNSELLING (U.P. CNUPI - D.M. 21 maggio 1991 - G.U. 203 del 30 agosto 1991).

MASTER con titoli accreditati presso le Associazioni Professionali di Categoria iscritte al **CNEL** - Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro. Alcune ore formative sono anche accreditate dal **Ministero della Salute con crediti ECM.**

- MASTER Esperienziale Gestalt-Counseling della Scuola Superiore Europea di Counseling Professionale**
 MASTER Esperienziale in Counseling Professionale per l'Età Evolutiva
 MASTER Esperienziale in Counseling Professionale a Mediazione Artistica
 MASTER in Counseling nelle organizzazioni
 MASTER in Mental Coaching *in presenza* o *autoformazione a distanza*
 CORSO di Perfezionamento in Counselling nelle relazioni di intimità. Diploma di Counsellor Professionista - 2° livello
 Altri CORSI (specificare)

(SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO)

Cognome Nome

Luogo di nascita Data di nascita

Indirizzo n°

C.a.p. Città Prov.

Tel. ab. / Tel. Cell. / Tel. Uff. /

E-mail Sito Internet

Codice Fiscale P. IVA

Titolo di studio conseguito

Tirocinio

Titolo in via di conseguimento

Specializzazioni

Se studente indicare la facoltà

Anno di corso

Professione

Esperienze di: Counseling (ore - anni)

Consulenza psicologica (ore - anni)

Psicoterapia (ore - anni)

Corsi affini

Iscritto a qualche ordine di categoria professionale: NO SÍ, quale

Esame di Stato in corso: SÍ, in quale sessione

Conoscenza della lingua Inglese: NO SÍ... Ottima Media Scarsa

Conoscenza Computer: NO SÍ... PC Apple Mac

Motivazioni al corso ed aspettative

Indicate come siete venuti a conoscenza di questo corso di formazione

Dichiaro di essere in possesso dei requisiti per la frequenza al corso ed allego:

- Curriculum personale e fotocopia dei titoli di studio.
 Due fotografie uguali - formato tessera.
 Fotocopia di un documento di riconoscimento personale (patente o altro...)
 Quota d'iscrizione annuale alla **SCUOLA di SPECIALIZZAZIONE** Euro 170,00 con assegno bancario - **intestato ad ASPIC SRL o bonifico bancario: IT 06 L 02008 05276 000002940480 (UNICREDIT Banca di Roma Filiale Garavaggio 3044)**
 Quota d'iscrizione annuale ai **MASTER** o altri **CORSI** Euro 65,00; è incluso l'abbonamento alla Rivista *Integrazione* o *ASPIC NEWS*.

Data

Firma

La informiamo che i suoi dati sono raccolti a scopo informativo ed elaborati elettronicamente nel rispetto della legge 675/96 sulla tutela dei dati personali. I Suoi dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi Lei può richiedere in qualunque momento la modifica o la cancellazione, scrivendo al responsabile dati dell'A.S.P.I.C.

