



Istituto di Ricerche Europee in Psicoterapia Psicoanalitica  
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica riconosciuta dal M.I.U.R.  
D.D. 29.1.01 – G.U. n 41 del 19.2.01 D.M. 18.01.01 Cod. Istituto 095  
Sede centrale Roma, sede periferica-Padova

**Direttore: Prof. Edmond Gilliéron**

### **SCHEDA di ISCRIZIONE**

DA COMPILARE, FIRMARE ED INVIARE IN ALLEGATO E-MAIL ALL'INDIRIZZO  
segreteria@psycho-irep.it

**Al Direttore dell'I.R.E.P. -  
Istituto di Ricerche Europee  
In Psicoterapia Psicoanalitica**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME.....

NOME .....

PROFESSIONE .....

ISCRIZIONE ORDINE MEDICI O PSICOLOGI ..... N. .... in data.....  
(NEL CASO NON SIA ANCORA ISCRITTO/A ALL'ALBO, QUESTO DOVRÀ AVVENIRE ENTRO LE  
PRIME DUE SESSIONI SUCCESSIVE ALL'ISCRIZIONE ALL'I.R.E.P.)

NATO/A a..... PROV.....IL .....

RESIDENTE A..... PROV .....

VIA..... N°..... CAP.....

CELLULARE:..... TEL:.....

INDIRIZZO E-MAIL..... PEC.....

CODICE FISCALE .....

PARTITA I.V.A. ....

**CHIEDE DI POTER ESSERE ISCRITTO ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE I.R.E.P.  
QUADRIENNALE IN PSICOTERAPIA PSICOANALITICA.**

DATA.....

FIRMA

.....

Il/la sottoscritto/a..... Ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196  
"Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), esprime il suo  
consenso affinché i propri dati personali sopra indicati siano utilizzati da parte dell'I.R.E.P. l'Istituto di Ricerche  
Europee in Psicoterapia Psicoanalitica, per adempimenti amministrativi ed informazione commerciale. In ogni  
momento potrà essere richiesta la modifica, l'aggiornamento o la cancellazione scrivendo a: I.R.E.P. – VIA PIAVE,  
7 – 00187 ROMA.

Firma.....