**SCHEDA DATI ANAGRAFICI PARTECIPANTI PROVE COMPENSATIVE**

**Trasmettere la presente scheda anagrafica, con allegata copia del bonifico effettuato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Segreteria di Presidenza della “Sapienza Università di Roma”, al seguente indirizzo *mail*:** [**presidenzamedepsi@uniroma1.it**](mailto:presidenzamedepsi@uniroma1.it).

**N.B. – Non trasmettere la presente scheda al Ministero della salute.**

**CANDIDATO ALLA PROVA ATTITUDINALE**:

 **PER IL RICONOSCIMENTO DEL TITOLO DI MEDICO**

 **PER IL RICONOSCIMENTO DEL TITOLO DI MEDICO SPECIALISTA IN**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

** PER IL RICONOSCIMENTO DEL TITOLO DI PSICOLOGO  Sez. A  Sez. B**

** PER IL RICONOSCIMENTO DEL TITOLO DI PSICOTERAPEUTA**

**PROVA SCRITTA DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATI ANAGRAFICI**

**COGNOME:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOME:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RESIDENZA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_