

## SCHEDA DATI ANAGRAFICI PARTECIPANTI PROVE COMPENSATIVE

Trasmettere la presente scheda anagrafica, con allegata copia del bonifico effettuato il \_\_\_\_\_ alla Segreteria di Presidenza della Facoltà di Medicina e Psicologia “Sapienza - Università di Roma”, al seguente indirizzo mail: [presidenzamedepsi@uniroma1.it](mailto:presidenzamedepsi@uniroma1.it) . La fattura sarà inviata se richiesta dal candidato.

### 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

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

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

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

EMAIL: \_\_\_\_\_

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