

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.

[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: _____