

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 . 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: _____