



ERICH FROMM
SCUOLA DI PSICOTERAPIA

SCHEDA ANAGRAFICA E FORMATIVA DELL'ALLIEVO/A

Allegato all'Application Form — Rilevazione dati per l'iscrizione
Indirizzo psicoanalitico interpersonale umanistico (riconosciuto dal MUR)



A.A. 2025 e 2026 — Sede di Prato

Da compilare in ogni parte e restituire unitamente all'Application Form. I dati sono trattati ai sensi dell'informativa privacy della Scuola (Reg. UE 2016/679).

1. Dati anagrafici

Nome e cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____ Cittadinanza _____

Sesso: ☐ F ☐ M ☐ Altro

Documento d'identità (tipo, numero, scadenza) _____

2. Recapiti e residenza

Residenza (via, n., CAP, comune, prov.) _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Telefono _____ Cellulare (anche WhatsApp) _____

E-mail _____ PEC _____

Domicilio digitale: il/la sottoscritto/a elegge l'indirizzo e-mail sopra indicato — e, ove indicata, la PEC — quale domicilio digitale per tutte le comunicazioni ufficiali della Scuola, impegnandosi a comunicarne tempestivamente ogni variazione alla Segreteria Didattica.

3. Titolo di studio e percorso abilitante

Tipo di laurea: ☐ Psicologia ☐ Medicina e Chirurgia

Corso / classe di laurea (es. LM-51) _____

Ordinamento: ☐ Nuovo (D.M. 270) ☐ D.M. 509 ☐ Vecchio ordinamento ☐ Ciclo unico (Medicina)

Università e sede _____

Data di conseguimento _____ Voto _____

Percorso abilitante:

☐ Laurea abilitante con Tirocinio Pratico-Valutativo (TPV) integrato — già abilitato/a

Esame di Stato sostenuto — sessione/anno _____

Esame di Stato da sostenere — prima sessione utile prevista _____

4. Iscrizione all'Albo

Stato: ☐ Iscritto/a ☐ Non ancora iscritto/a

Albo: ☐ Psicologi ☐ Medici

Ordine regionale _____ N. iscrizione _____

Data di iscrizione all'Albo _____

Se non iscritto/a: iscrizione richiesta/prevista entro _____

In assenza di iscrizione all'Albo l'iscrizione alla Scuola è «con riserva» ai sensi dell'art. 6 del Regolamento Didattico, subordinata al superamento dell'Esame di Stato nella prima sessione utile.

P.IVA (se attiva) _____

5. Attività professionale

Indirizzo dello studio professionale (se attivo) _____

Modalità di esercizio: ☐ In presenza ☐ Online ☐ Entrambe

Esperienze professionali o cliniche pregresse rilevanti _____

6. Tirocinio di specializzazione

Area geografica per il tirocinio _____

Struttura/e già individuata/e o convenzione richiesta _____

Note (disponibilità, vincoli) _____

Polizza RC professionale e infortuni: ☐ già attiva — Compagnia / n. polizza / scadenza: _____

☐ mi impegno ad attivarla prima dell'avvio del tirocinio e a mantenerla valida per la durata dello stesso.

7. Esigenze particolari (facoltativo)

Eventuali esigenze di accessibilità o accomodamenti _____

Se conferito, il dato è trattato come categoria particolare ai sensi dell'art. 9 GDPR, previo consenso esplicito reso nell'Application Form, al solo fine di garantire pari opportunità formative.

8. Dichiarazione

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni mendaci previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara la veridicità dei dati sopra riportati ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Luogo e data _____ Firma _____



