



SCUOLA DI PSICOTERAPIA PSICOANALITICA DI LUGANO

Seminario Psicoanalitico di Lugano

ACCADEMIA DI PSICOTERAPIA PSICOANALITICA DELLA SVIZZERA ITALIANA

Formulario di candidatura F.C.

Formulario di richiesta d'ammissione alla Scuola

(si prega di scrivere in modo chiaro e leggibile, in particolare telefono ed email)

Cognome: _____ Nome: _____

Titolo: _____ Data di nascita: _____

Formazione conclusa:

in medicina: luogo e anno del diploma: _____

in psicologia: luogo e anno del diploma (master): _____

Indirizzo privato: _____

Luogo di lavoro: _____

Reperibilità telefonica: _____

E-mail: _____

Attività clinica (valutazione e presa a carico di casi in ambito clinico):

Attualmente possibile: Sì / No

Se sì, indicare l'istituto / luogo:

Prevedibilmente possibile nel futuro prossimo: Sì / No

Esperienza su di sé:

Prevista / in corso / terminata (sottolineare ciò che fa al caso)

Presso: _____ no. sedute/settimana: _____

Iniziata il (mese/anno): _____

Se terminata, indicare l'inizio e la fine (mese/anno): _____

Data:

Firma:

Inviare il formulario a: segreteria-scuola@psicoanalisi.ch

Il formulario sarà trattato in modo confidenziale e sarà accessibile unicamente alla Direzione e ai membri della Commissione di Formazione.