**DOMANDA DI AMMISSIONE AI SINGOLI MODULI DEL**

**MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO IN PSICODIAGNOSTICA E ASSESSMENT PSICOLOGICO**

Al Prof. Giuseppe M. FESTA

Direttore del MASTER UNIVERSITARIO

DI II LIVELLO IN PSICODIAGNOSTICA E ASSESSMENT PSICOLOGICO

Il sottoscritto (cognome, nome)……………………………………………………………………..…

Nat …. a …………………………………..(provincia di ………….. ) il ……………………………

Residente a…………………………………(provincia di …………..) via……………………………………………………………………………………………n……….CAP……………….

Telefono ……………………………………cell………....…………………….

email…………………………………………………………………………….

codice fiscale……………………………………………………………………

(facoltativo) P.iva.………………………….…………………………………..

Domicilio (se diverso dalla residenza):

città………………………………………..(provincia di ………) via……………………………………………………………………………………………n………CAP……………….

CHIEDE

di essere iscritto/a

AL/I MODULO/I

* Modulo 1: Fondamenti di psicodiagnostica generale
* MODULO 2: La diagnosi nella psicologia clinica e in psichiatria
* MODULO 3: Il test di Rorschach
* MODULO 4: I reattivi grafici
* MODULO 5: Questionari di personalità
* MODULO 6: Test cognitivi
* MODULO 7: Scale per la psicopatologia dell’adulto e del bambino
* MODULO 8: Elementi di psicodiagnostica in ambito giuridico-peritale
* MODULO 9: L’assessment in ambito neuropsicologico
* MODULO 10: L’assessment nell’orientamento scolastico e lavorativo
* MODULO 11: Sintesi e conclusioni

del Master di II livello in Psicodiagnostica e assessment psicologico

A tal fine, avvalendosi delle disposizioni di cui all’art. 46 del DPR 28 Dicembre 2000 n. 445 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti ed incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del DPR anzidetto. Dichiara sotto la propria responsabilità:

a. di essere cittadino…………………………………………………………………………………..

b. di possedere una adeguata conoscenza della lingua italiana (per i cittadini comunitari e stranieri);

c. di possedere la Laurea in ………………..………………………………………………………….

conseguita presso l’Università ……………………….………………………di……..……………….

in data ……………………………………………. con la votazione di……………………………...

d. di esser laureando o specializzando in............................................………….……………………

presso l’Università ……………………….………………………di……..……………….………….

(per i laureandi) indicare sessione di laurea………………………………………………………….. (per gli specializzandi) indicare l’anno d’iscrizione alla specialità……….………………………….

e. di possedere la Specializzazione in …..………………………………………..conseguita presso l’Università di………………………………………………………………o in Psicoterapia presso la Scuola………..……………………………….

conseguita in data………………………………con la votazione di ……………………………..

f) di conoscere l’informativa sulla privacy di cui all’art. 13 D. Lg. 196 del 30/06/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Autorizza:

AUXILIUM e IAFeC al trattamento dei suoi dati personali ai sensi del DPR 196 del 30/06/2003.

firma per accettazione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

g. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento della propria residenza o del recapito;

h. di impegnarsi a frequentare il/i moduli assolvendo agli oneri finanziari previsti;

i. di aver visionato il programma dei moduli pubblicati sul sito della Pontifica Facoltà di Scienze dell’Educazione «AUXILIUM» [www.pfse-auxilium.org](http://www.pfse-auxilium.org) o dell’Istituto Interdisciplinare di Alta Formazione Clinica (IAFeC) di Roma [www.iafec.it](http://www.iafec.it) di essere, quindi, a piena conoscenza delle norme e dei termini, anche amministrativi, previsti e di accettarne senza riserva alcuna tutte le condizioni

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda:

• Fotocopia di un documento d’identità (con data e firma)

• Fotocopia del codice fiscale

• 3 foto in formato tessera

* Curriculum (con data e firma)

• Per gli psicologi: certificato di Laurea magistrale o specialistica in Psicologia o dichiarazione sostitutiva di certificazione (i laureandi potranno allegare un certificato di iscrizione al Corso di laurea rilasciato dalla propria Facoltà)

• Per i medici: certificato di Laurea in Medicina e Chirurgia o dichiarazione sostitutiva di certificazione e certificato di Specialità o dichiarazione sostitutiva di certificazione in Psichiatria, Psicologia Clinica, Psicoterapia, Neuropsichiatria infantile (gli specializzandi potranno allegare un certificato di iscrizione all’anno di specialità rilasciato dalla propria Facoltà)

• Ricevuta di pagamento del/i Modulo/i prescelto/i (pagamento da effettuare entro e non oltre la prima settimana dell’avvio del Master)

N.B. La ricevuta di pagamento dovrà essere spedita *via e-mail (*[*segreteria@iafec.it*](mailto:segreteria@iafec.it)*)* entro la prima settimana precedente l’avvio del Master.

Data……………………………… Firma…………………………………………………….