



FONDAZIONE ISIDE

SCUOLA DI PSICOTERAPIA PSICOANALITICA DI LUGANO

---

## Formulario di richiesta d'ammissione alla Scuola

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:

n. sedute/settimana:

Iniziata il (mese/anno):

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

**Eventuali supervisioni individuali in corso o terminate:**

Presso:

età paziente

Presso:

età paziente

Data:

Firma:

Inviare il formulario a: Scuola di Psicoterapia, c/o Fondazione Iside, Via Pedemonte 7, 6962 Lugano-Viganello

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