



**Master di II livello in “NEUROPSICOLOGIA E PSICODIAGNOSI: DAL  
D.S.A. ALLA PRESA IN CARICO GLOBALE IN ETÀ EVOLUTIVA”**

Via Emilia, 102 • 47921 Rimini  
Telefono: 0541 23812  
Fax: 0541 23443  
Email: [info@cpsrimini.it](mailto:info@cpsrimini.it)  
Sito: [www.cpsrimini.it](http://www.cpsrimini.it)

**DOMANDA DI PRESCRIZIONE**

Al Direttore del Master  
Dr. Renato Capacci  
Via Emilia 102  
47900 Rimini

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a a .....il .....

residente in .....prov.....

Via/Piazza.....n°.....

cell..... e-mail.....

C.F.....titolo di studio.....

Interessi personali e motivazione che mi portano a richiedere la frequenza del Master “Neuropsicologia e Psicodiagnosi: dal D.S.A. alla presa in carico globale in età evolutiva”:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Allego alla presente il curriculum vitae con autocertificazione rispetto ai titoli.

*Informativa ai sensi dell’art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell’ambito delle attività istituzionali di questa Università.  
All’interessato competono i diritti di cui all’art. 13 della citata legge.*

Data.....

Firma.....