

## DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa.....

dichiara di essere consapevole di dover sostenere e superare l'esame di stato entro la prima sessione utile e di iscriversi al relativo Ordine Professionale provvedendo entro 30 (trenta) giorni dalla decorrenza dell'abilitazione a richiedere l'iscrizione all'albo (art. 3, punto G.1, OM 10/12/2004), dandone immediatamente comunicazione alla Segreteria di Sede. In questo caso l'immatricolazione avverrà con riserva e sarà disciplinata secondo le norme del relativo articolo del Regolamento della Scuola.

Data .....

Firma

.....

### C.O.I.R.A.G. ETS

Confederazione di Organizzazioni Italiane  
per la Ricerca Analitica sui Gruppi  
C.O.I.R.A.G. è Membro I.A.G.P.  
International Association for Group Psychotherapy  
and Group Processes

### SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

Presidente  
presidescuola@coirag.org  
Segreteria  
segreteriapresidescuola@coirag.org  
tel: 345 5377522

### SEDE LEGALE

Viale Gran Sasso, 22 20131 Milano  
PEC: associazionecoirag@pec.it  
P.IVA 03943760821  
C.F. 97017820586  
www.coirag.org

