



Corso di Counselling 2019 - 2021  
Domanda di Iscrizione

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ PI \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso/a a frequentare il Corso in Counselling Sistemico Relazionale

Allego la seguente documentazione :

- Curriculum
- Copia del titolo di studio
- Una fotografia formato tessera
- Contratto formativo
- Richiesta di rateazione

Firma \_\_\_\_\_

Firma per il consenso all'utilizzo dei propri dati ai sensi del Regolamento UE 2016/679, GDPR

Firma \_\_\_\_\_

Località e Data \_\_\_\_\_