



**Centro italiano di Psicoterapia
Psicoanalitica per l'Infanzia e l'Adolescenza**

CiPsPsia

Via Savena Antico, 17 - Bologna
tel 051.6240016 - fax 051.6240260
www.cipspsia.it

SCHEDA DI ISCRIZIONE

DATI ANAGRAFICI

COGNOME NOME
NATO/A IL A PROV (.....)
CODICE FISCALE PI
E-MAIL TEL/CELL
TITOLO DI STUDIO PROFESSIONE

INDIRIZZO DI RESIDENZA/DOMICILIO

VIA N.
CAP COMUNE PROV (.....)

INDIRIZZO DI LAVORO

ENTE TEL/FAX:
VIA N.
CAP COMUNE PROV (.....)

Richiesta di iscrizione al seminario

Corso: “La Fobia della Scuola”, Bologna
A.A. 2017

Allegato curriculum professionale.

Con la sottoscrizione della presente domanda, l'allievo si impegna a pagare l'intero importo dovuto per l'intero corso (2 giornate).

N.B. Dichiaro inoltre, ai sensi degli artt. 7 e 11 della legge 675/96, di essere a conoscenza delle finalità e modalità nel trattamento dei dati consapevolmente forniti e di autorizzarne l'archiviazione in banca dati.

DATA FIRMA

Indagine:

“In che modo è venuto a conoscenza del c.i.Ps.Ps.i.a.?”

- Nostro sito o nostra pagina Facebook
- Quotidiani
- Altre fonti on line. Se sì, quali?
- Ti ha indirizzato un conoscente/collega
- Altro