

DOMANDA DI ISCRIZIONE
AL CENTRO DI FORMAZIONE PSICOFILOSOFICA

Io sottoscritta/o

Cognome.....Nome.....
Nata/o a.....Il.....
Codice Fiscale.....
Residente a.....Cap.....
Indirizzo.....
Recapito telefonico.....
e-mail.....
Titolo di studio.....
Conseguito presso.....
Professione.....

Chiedo di essere iscritta/o al anno della scuola di counseling ad indirizzo filosofico e mi impegno a pagare la quota annua di € 1.600,00 non rimborsabile, da corrispondere in due rate da € 800,00 la prima entro il 15 dicembre, la seconda entro il 15 giugno. Il pagamento deve essere effettuato utilizzando le seguenti coordinate bancarie:

Banca Intesa filiale n. 2109, Milano 9, C.so Buenos Aires 92
Intestato a: Dr.ssa Elisabetta Mascherpa
IBAN: IT10 F030 6909 465 0000 2716 3114 (obbligatorio)

Le rate versate 15 giorni dopo la data di scadenza prevedono un aggravio di € 50,00.

Alla presente domanda di iscrizione si allega il curriculum vitae e la fotocopia del certificato di laurea o diploma.

In conformità al D.Lgs.n.196/03 sulla tutela dei dati personali, autorizzo il trattamento dei dati da me forniti.

Data..... Firma.....

Il presente modulo è da stampare, compilare ed inviare per posta prioritaria al:
Centro di Formazione Psicofilosofica di Milano, Via Mercadante 17, 20124 Milano.