



**SCHEDA RICHIESTA DI FORMAZIONE
CORSO DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA
FAMILIARE**

DATA _____

COGNOME _____ NOME _____ ETÀ _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____ C.A.P. _____

CITTÀ _____ PROV. _____ E-MAIL _____

TEL. _____

TITOLO DI STUDIO (specificare l'anno di conseguimento dei titoli)

ESAME DI STATO: SI ___ ANNO ___ NO ___

ISCRIZIONE ALL'ALBO: SI ___ NO ___

IMPEGNI ATTUALI DI LAVORO (O VOLONTARIATO) _____

DATA _____

FIRMA _____

I Suoi dati saranno trattati dalla Scuola Romana di Psicoterapia Familiare per evadere la Sua richiesta di partecipare al colloquio di selezione e per comunicare future iniziative promosse dalla Scuola Romana di Psicoterapia Familiare. Tutti i dati richiesti sono indispensabili per il suddetto fine. I Suoi dati saranno resi disponibili agli incaricati preposti alle operazioni di trattamento finalizzate alla gestione ed elaborazione dei dati

Lei potrà esercitare i Suoi diritti, tra cui consultare, modificare e cancellare i Suoi dati o opporsi al loro trattamento scrivendo a: srpf@iol.it oppure srpfroma@gmail.com .

Se non si desidera ricevere informazioni su future iniziative barri la casella qui a fianco

FIRMA _____