



**SCHEDA DI ISCRIZIONE
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO
ALIMENTARE**

CORSO ONLINE

DATA _____

COGNOME _____ NOME _____ ETÀ _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____ C.A.P. _____

CITTÀ _____ PROV. _____ E-MAIL _____

TEL. _____ CODICE FISCALE _____

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 _____