



MODULO DI ISCRIZIONE MASTER IN COUNSELING PSICOLOGICO

NOME: _____ NATO A: _____
COGNOME: _____ IL: _____
RESIDENTE IN VIA: _____ n°: _____
COMUNE: _____ CAP: _____ PROVINCIA: _____

E-MAIL: _____ TEL: _____

Conferma l'iscrizione al MASTER IN COUNSELING PSICOLOGICO E AVVIAMENTO ALLA PROFESSIONE DI PSICOLOGO

per il Primo Ciclo (100 ore)

per il Secondo Ciclo (200 ore)

-Si impegna a versare in maniera anticipata la prima quota di 160€

-Si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi associativi validamente costituiti.

A tale scopo dichiara di conoscere e accettare lo statuto associativo.

L'Aquila, lì _____

Firma

Consento il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003 e dell'art. 13 GDPR 679/16 finalizzato alla gestione del rapporto associativo e all'adempimento di ogni obbligo di legge. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati agli enti con cui l'associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

L'Aquila, lì _____

Firma