

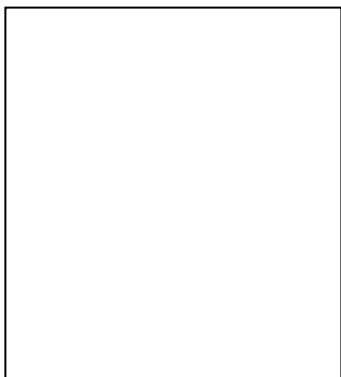


Centro Padovano di Terapia della Famiglia

SEDE DI PADOVA: Via Martiri della Libertà, 1 - 35137 Padova, Tel. e fax: 049/8763778

SEDE DI TRIESTE: Viale XX Settembre, 37 - 34126 Trieste, Tel. e fax: 040/3498348

www.cptf.org, e-mail : info@cptf.org



SCHEDA D'ISCRIZIONE:

ANNO ACCADEMICO : _____ **SEDE :** _____

Cognome : _____ **Nome :** _____

Nato/a il : _____ **a:** _____ **prov.:** _____

Codice fiscale : _____ **P. IVA :** _____

Indirizzo : _____

Località : _____ **cap :** _____

Tel : _____ **Tel. cell :** _____

Fax : _____ **e-mail :** _____

Titolo di studio : _____

Professione : _____

Iscrizione albo professionale :

Regione o provincia : _____ **data :** _____ **n° :** _____

Firma per il consenso all'utilizzo dei propri dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003:

Allegati:

- *n. 1 fotografia formato tessera*
- *curriculum di studi e professionale*
- *copia autenticata del titolo di studio*
- *copia autenticata dell'esame di stato*
- *copia autenticata dell'iscrizione albo*