



CENTRO PADOVANO DI TERAPIA DELLA FAMIGLIA S.R.L.

VIA MARTIRI DELLA LIBERTA' 1 - 35137 PADOVA - Tel. e Fax 049/8763778

VIALE XX SETTEMBRE 37 - 34126 TRIESTE - Tel. e Fax 040/3498348

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

C.F. e P.IVA: 03403510286

SCHEDA D'ISCRIZIONE:

CORSO DI FORMAZIONE IN MEDIAZIONE SISTEMICO RELAZIONALE

ANNO ACCADEMICO: _____

Cognome: _____ Nome: _____

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

Codice fiscale: _____ P. IVA: _____

Codice univoco IPA/SDI: _____ Pec: _____

Indirizzo di residenza:

Via _____ Città: _____ Prov: _____ CAP : _____

Tel : _____ 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 Regolamento UE679/2016 (DGPR):

Allegati:

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