

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**  
**MASTER IN COUNSELING PROFESSIONALE**

Nome:	Cognome:
-------	----------

Residente a: c.a.p.:	Via/Piazza:
-------------------------	-------------

Telefono:	Cellulare:
-----------	------------

fax:	e-mail:
------	---------

codice fiscale:	luogo e data di nascita:
-----------------	--------------------------

titolo di studio:
-------------------

Professione:
--------------

Necessita crediti ECM per intensivo Roma :	Si	No
E' portatore di handicap:	Si	No
(se Sì, specificare tipo di handicap_____)		

Motivazioni rispetto al corso:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Aspettative rispetto al corso:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

|Consento il trattamento dei miei dati personali secondo il D.Lgs 196/2003.

**Milano**\_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

N.B. Allegare alla Domanda di Iscrizione il proprio Curriculum Vitae