



DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE
"COUNSELING DI COPPIA"

Da restituire alla Segreteria CSCP via e-mail all'indirizzo info@cscp.it

Nome e Cognome

Professione Titolo di studio.....

Indirizzo

Cap Città.....

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tel. Cell..... E-mail

CHIEDO L'ISCRIZIONE AL CORSO DI "COUNSELING DI COPPIA"

E SCELGO DI VERSARE L'IMPORTO DI ISCRIZIONE (NON RIMBORSABILE IN CASO DI RINUNCIA)

€ 576,00
+ € 50,00 per i nuovi soci

€ 576,00
(per chi è già socio)

oppure formula rateizzata:

1° rata € 176,00 + n. 4 rate da € 100,00
+ € 50,00 per i nuovi soci

1° rata € 176,00 + n. 4 rate da € 100,00
(per chi è già socio)

**In mancanza degli adempimenti descritti non sarà possibile considerare valida l'iscrizione al corso.
La presente scheda è vincolante da entrambe le parti ai fini contrattuali.**

Data

Firma

Informiamo che ai sensi del D. Lg. 196/03 i dati del richiedente saranno utilizzati solo per i fini istituzionali previsti dallo Statuto di CSCP
Informiamo inoltre che gli interessati possono avvalersi di quanto previsto dall'articolo 7 (Diritti dell'interessato) del suddetto decreto e nella
fattispecie: accesso, modifica, cancellazione dei dati semplicemente facendone richiesta a CSCP

Data

Firma