



C.S.C.P.

Centro Scuole Counseling e Psicoterapia
Provider ECM n° 4661



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si prega di scrivere in stampatello

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

Prov. _____ via _____ n° _____ CAP _____

telefono _____ e-mail _____

Professione _____

Chiede di iscriversi al corso di formazione: Gestione della relazione di aiuto

A TAL FINE DICHIARA DI ESSERE INFORMATO CHE:

- Il Costo totale è di €. 650,00 (compreso IVA) di cui Spese per esami o verifiche finali €. 0,00;
- Il pagamento è in anticipo al momento dell'iscrizione al corso di formazione. Entro n.5 (cinque) giorni dalla data prevista di inizio del corso, la segreteria darà comunicazione a tutti gli iscritti sull'attivazione o meno del corso. In caso di annullamento del corso, agli iscritti verrà restituito quanto versato a titolo di iscrizione, restando espressamente escluso ogni altro diritto degli iscritti al rimborso di qualsiasi ulteriore somma e ciò a qualunque titolo. Le modalità di rimborso saranno direttamente concordate con l'interessato.
- È previsto il rimborso della quota per rinuncia dell'iscritto entro n. 10 (dieci) giorni dalla data di svolgimento dell'evento. Trascorso tale termine non sarà possibile rimborsare la quota qualora qualcuno dovesse rinunciare alla partecipazione al corso, per qualsiasi motivo. Inoltre il corsista può esercitare il diritto di recesso e la possibilità di restituzione del costo sostenuto per la partecipazione al percorso in caso di revoca del riconoscimento.

DATA

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Nome documento
Stato del documento e motivazione delle modifiche

Revisione

del

Redatto da

Approvato da

Pagina

Mod. CSCP 27 ter - Iscrizione corso riconosciuto Regione Toscana
Prima emissione

00

09/10/17

RSGQ

RD

1



C.S.C.P.
Centro Scuole Counseling e Psicoterapia
Provider ECM n° 4661



Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali". Dichiaro altresì di aver preso visione e di accettare la Normativa di acquisto dei corsi presente online sul sito www.cscp.it

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Nome documento
Stato del documento e motivazione delle modifiche
Revisione
del
Redatto da
Approvato da
Pagina
Mod. CSCP 27 ter - Iscrizione corso riconosciuto Regione Toscana
Prima emissione
00
09/10/17
RSGQ
RD
2