



SCUOLA ITALIANA
CONSULENTI FAMILIARI

Richiesta di partecipazione al Master in Consulenza Familiare

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ provincia (____), il ____/____/____
e residente a _____ provincia (____)
Via _____ n° _____
int. _____ scala _____ C.A.P. _____
Tel: _____/_____ Cell: _____
E-mail: _____

- Dichiaro di aver frequentato il Corso per Consulenti Familiari nella sede di _____ nel triennio _____ con i conduttori _____
- Dichiaro di aver conseguito il Diploma di Consulente Familiare nell'anno _____
- Dichiaro che intendo discutere nella sessione di _____ la tesi per il conseguimento del Diploma di Consulente familiare (qualora non ancora conseguito il Diploma di C.F.);
- Chiedo di poter frequentare il Master in Consulenza familiare che si terrà presso codesta Scuola nell'anno _____

Tutela della privacy

I suoi dati faranno parte dell'archivio del Centro La Famiglia, nel rispetto del D.L.vo n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali. Responsabile del trattamento dei dati è il Presidente pro-tempore del Centro La Famiglia. I suoi dati non saranno oggetto di comunicazione o diffusione a terzi. Per essi Lei potrà richiedere, in qualsiasi momento, modifiche, aggiornamento, integrazione o cancellazione.

_____, li _____

In Fede

Scuola Italiana Consulenti Familiari

Riconosciuta dall'AICCeF (Associazione Italiana Consulenti Coniugali e Familiari)

via della Pigna 13/A

00186 Roma - Tel/Fax 06 67 89 407

www.scuolaconsulentifamiliari.it

info@scuolaconsulentifamiliari.it