



DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO

Il/Lasottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ via _____ n. _____ CAP _____

codice fiscale _____ telefono _____

E-mail _____

Professione _____

Chiede di iscriversi al corso:

Gestire le varie fasi della relazione affettiva: innamoramento, relazione, delusione, crisi, rinascita

A TAL FINE DICHIARA

di aver versato la quota totale del corso pari a € _____

DATA

|_____| / |_____| / |_____|

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Informiamo che i dati personali sono trattati come indicato nella pagina www.cscp.it, sezione Privacy.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Nome documento	Stato del documento e motivazione delle modifiche	Revisione	del	Redatto da	Approvato da	Pagina
Mod. CSCP 27 ter - Iscrizione corsi CSCP	Prima emissione	00	08/01/2016	RSGQ	RD	1