



Associazione Activa Mentis

Alta formazione e ricerca scientifica

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI ALTA FORMAZIONE IN PSICODIAGNOSTICA

Dati personali

Nome _____

Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza

Via _____ N _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____ E-mail _____

Codice fiscale o partita IVA _____

Titolo di Studio

Laurea in _____ A.A. ____ / ____ Voto ____ / ____

Conseguita presso _____

Attuale occupazione _____

Allegare:

- Copia fotostatica di un documento di identità
- Copia (ai sensi degli art.li 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000) del certificato di diploma di Laurea (con indicazione del voto finale)
- Curriculum vitae et studiorum

Si esprime il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.L. 196/03 e successive modifiche.

Data _____

Firma _____