

DOMANDA DI ISCRIZIONE

ISTITUTO SUPERIORE DI FILOSOFIA, PSICOLOGIA, PSICHIATRIA

ISFiPP

DATI PERSONALI

La/il sottoscritta/o

Nome e Cognome.....

Luogo e data di nascita:

Residente in via/piazza: Città

CAP : Tel.: Cell

E-mail:

Titolo di studio: Professione.....

Richiede l'iscrizione al corso

COUNSELING FILOSOFICO, ETICA BIOMEDICA E NARRAZIONE CINEMATOGRAFICA
docente Paolo M. Cattorini

Allegare alla presente copia del bonifico di **200** euro relativo alla quota di iscrizione (IBAN **IT11G0306901033100000071489** Banca Intesa Sanpaolo).

Le informazioni raccolte saranno inserite nella nostra banca dati e utilizzate per l'invio gratuito di documentazione sulle attività della ISFiPP.

Ai sensi dell'art. 13 del D.L.gs 196/2003, si autorizza ad utilizzare nel nostro materiale, testimonianze, fotografie ed immagini dell'iscritto.

Data:

Firma:

ISTITUTO SUPERIORE DI FILOSOFIA, PSICOLOGIA, PSICHIATRIA
WWW.ISFiPP.ORG

SEDE LEGALE: C.SO FIUME 16, CAP 10133 TORINO
TEL. E FAX: 011 6606126 | EMAIL: SEGRETERIA_SSCF@ISFiPP.ORG