

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**  
**AL CENTRO DI FORMAZIONE PSICOFILOSOFICA**

Io sottoscritta/o

Cognome.....Nome.....  
Nata/o a.....Il.....  
Codice Fiscale.....  
Residente a.....Cap.....  
Indirizzo.....  
Recapito telefonico.....  
e-mail.....  
Titolo di studio.....  
Conseguito presso.....  
Professione.....

Chiedo di essere iscritta/o al ..... anno della scuola di counseling ad indirizzo filosofico e mi impegno a pagare la quota annua di € 1.600,00 non rimborsabile, da corrispondere in due rate da € 800,00 la prima entro il 15 dicembre, la seconda entro il 15 giugno. Il pagamento deve essere effettuato utilizzando le seguenti coordinate bancarie:

Banca Intesa filiale n. 2109, Milano 9, C.so Buenos Aires 92  
Intestato a: Dr.ssa Elisabetta Mascherpa  
IBAN: IT10 F030 6909 465 0000 2716 3114 (obbligatorio)

Le rate versate 15 giorni dopo la data di scadenza prevedono un aggravio di € 50,00.

Alla presente domanda di iscrizione si allega il curriculum vitae e la fotocopia del certificato di laurea o diploma.

*In conformità al D.Lgs.n.196/03 sulla tutela dei dati personali, autorizzo il trattamento dei dati da me forniti.*

Data..... Firma.....

Il presente modulo è da stampare, compilare ed inviare per posta prioritaria al:  
Centro di Formazione Psicofilosofica di Milano, Via Mercadante 17, 20124 Milano.