



Anno di Specializzazione in

EXIT COUNSELING

Si prega di compilare (in STAMPATELLO) la scheda ed inviarla a: info@onap-italia.org o per Fax 0574/499732

Il sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ Prov _____

Residente in _____ Cap _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

Telefono _____ Fax _____ Cellulare _____

Codice Fiscale _____ E-Mail _____

Titolo di studio _____

Professione _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO AL CORSO

Consapevole che:

1. Il corso verrà effettuato solo se si raggiungeranno un numero adeguato di iscritti.
2. L'iscrizione, comporta il pagamento dell'intero Corso anche in caso di rinuncia da parte del corsista.
3. In caso di ritiro o di mancata frequenza non mi verrà rimborsato il costo del corso.
4. Non mi è possibile un'assenza superiore all'90% del monte ore del corso. Nel caso, quindi, di ulteriori assenze, non mi verrà rilasciato il previsto Attestato.
5. Per ogni controversia relativa al presente atto sarà competente il foro di Firenze.

Data _____

Firma _____

AUTORIZZAZIONE: con la sottoscrizione della presente richiesta autorizzo tacitamente l'Osservatorio Nazionale Abusi Psicologici (O.N.A.P.), alla conservazione e all'utilizzo dei dati personali in riferimento alla legge 196/03, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, con la facoltà di richiedere la rettifica o la cancellazione dei dati medesimi in qualsiasi momento.

Data _____

Firma _____