

**Corso Triennale di Counseling Esistenziale
 Focalizzato Nella Relazione D'aiuto**

**RICHIESTA APPROVAZIONE TESI E
 DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SESSIONE DI DISCUSSIONE**

Il/la sottoscritto/a

COGNOME		NOME																
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA																
CODICE FISCALE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																	
RESIDENTE <i>(via, n°, comune, prov.)</i>																		
DOMICILIO <i>(solo se diverso dalla residenza)</i>																		
TELEFONO		CELL.																
E-MAIL		P.IVA																
TITOLO STUDIO																		

Chiede di discutere la tesi di Counseling:

SESSIONE	<input type="checkbox"/> ESTIVA <input type="checkbox"/> INVERNALE
NOME RELATORE	
TITOLO TESI	

Allega al presente modulo abstract di 10 righe della tesi e indice provvisorio.

Dichiaro che provvederò al versamento della tassa di iscrizione di € 120,00 (Iva compresa) al momento della consegna dell'elaborato.

Dichiaro inoltre di essere informato che ai sensi del D. Lgs. 196/03 i dati richiesti saranno utilizzati solo per i fini istituzionali previsti dallo statuto di C.I.S.S.P.A.T. SRL e che gli interessati possono avvalersi di quanto previsto dagli artt. 7, 8, 9, 10 D. Lgs. 196/03 (Diritti dell'interessato). Il sottoscritto autorizza espressamente C.I.S.S.P.A.T. SRL al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03.

Data _____

Firma _____