



Scuola di Sessuologia per l'Educazione sessuale,
la Consulenza e la Terapia delle disfunzioni sessuali

Sessuologia Clinica

SCHEDA PER LA RICHIESTA DI AMMISSIONE AL 1° ANNO DEL :

CORSO DI FORMAZIONE IN SESSUOLOGIA CLINICA

Io sottoscritto/a: _____
Via: _____
Cap: Città: Prov: _____
Tel: _____ Cellulare _____
E-mail: _____
Nato/a il: _____ a: _____
C.F.: _____ P.IVA _____
Titolo di studio: _____
Conseguito nell'anno: _____

Specializzazioni, Scuole o Corsi frequentati:

Attività professionale:

Data _____ Firma _____

Ai sensi della legge 196/03 sulla tutela dei dati personali, autorizzo il PAN e il CIS al trattamento, raccolta, conservazione e utilizzo delle mie informazioni personali per finalità legate alla attività istituzionale e marketing delle succitate associazioni e che sono autorizzate alla comunicazione a propri fornitori di servizi per l'espletazione degli obblighi di legge e quant'altro necessario. Sono informato che per esercitare i miei diritti di visione, cancellazione o aggiornamento dei miei dati posso contattare il titolare protempore del trattamento presso PAN - Via Regnoli 74 - 40138 Bologna, Fax 051.19983164

Data Firma



*Inviare questo documento
mediante:*

- E-mail: scuolacisbo@cisonline.net
- Per posta: CIS, Via Oreste Regnoli, 74 - 40138 Bologna