



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

## Sessuologia Clinica

### SCHEDA PER LA RICHIESTA DI AMMISSIONE AL MASTER

### PSICOTERAPIA MANSIONALE INTEGRATA

Io sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_

Cap: Città: Prov: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Pec: \_\_\_\_\_

Codice Identificativo (SDI): \_\_\_\_\_

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, e-mail: [scuolacisbo@cisonline.net](mailto:scuolacisbo@cisonline.net)

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



Inviare questo documento  
mediante:

- E-mail: [scuolacisbo@cisonline.net](mailto:scuolacisbo@cisonline.net)
- Per posta: CIS, Via Oreste Regnoli, 74 - 40138 Bologna