



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: \_\_\_\_\_  
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