



SAGARA

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA

Modulo di Preiscrizione

Scuola di specializzazione in psicoterapia "Sagara"

Anno Accademico 2021

Nome e Cognome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Indirizzo di residenza _____ n. _____

C.A.P. _____ Località _____ Provincia _____

Formazione

Titolo di studio e Università presso cui è stato conseguito

Recapiti

Telefono _____

E-mail _____

Informativa ai sensi del D. Lgs. del 30.06.2003, n. 196 in materia di protezione dei dati personali: esprimo il mio consenso al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali da parte del *Centro Studi Sagara*.

Data _____

Firma _____