

Modulo di iscrizione

Il/la sottoscritto/a

Nome..... Cognome.....

Qualifica..... Luogo e Data di nascita.....

Indirizzo.....

C.A.P. Citta' Provincia.....

Tel/Fax..... CELL.....

E-mail (Scrivere in stampatello).....

Codice fiscale/ P. iva

Chiede di iscriversi al Corso di Specializzazione in Psicoterapia della Gestalt
Espressiva – Sede di per il quadriennio

Allega la seguente documentazione in originale:

- **Certificato di laurea**
- **Certificato di iscrizione all'Ordine degli Psicologi o all'Ordine dei Medici**
(o dichiarazione nella quale si impegna a svolgere e a superare l'Esame di Stato nella prima sessione successiva alla data d'iscrizione alla scuola- cfr fac-simile sul sito)

..... , li Firma.....

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE dell'Istituto I.P.G.E. e delle relative circolari applicative presenti sul sito www.psicoterapiadellagestalt.it e di accettarne tutte le condizioni senza riserva alcuna.

..... , li Firma.....

Dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa sulla privacy accessibile nella sezione REGOLAMENTO E DOCUMENTAZIONE del sito e di autorizzare l'I.P.G.E. al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del D.lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

..... , li Firma.....

N.B. Tutte le comunicazioni dell'Istituto avverranno esclusivamente attraverso e-mail. L'allievo pertanto dovrà fornire un indirizzo e-mail "riservato" in quanto i messaggi possono avere anche contenuti personali. L'Istituto non si rende responsabile della effettiva ricezione e lettura dei messaggi.