



CENTRO di FORMAZIONE ASPIC
COUNSELING & CULTURA
BOLOGNA

SCUOLA SUPERIORE EUROPEA
DI COUNSELING PROFESSIONALE



DOMANDA di ISCRIZIONE

ALTA FORMAZIONE IN MEDIAZIONE FAMILIARE

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Cod. Fisc/Part.Iva _____

Cellulare _____ Tel. Abitazione _____

Tel. ufficio _____ Fax _____

Email _____

Titolo di studio conseguito:

Professione* _____

*indicare in presenza di professioni sanitarie (per ECM) o per Assistente sociale (per ECS), almeno 30 gg prima
dell'inizio del corso ■

Data

Firma
