



CENTRO ASCOLTO
CENTRO ASCOLTO PSICOLOGI ASSOCIATI



**EUROPEAN INSTITUTE OF
COMPLEMENTARY THERAPIES**

Workshop in **IPNOSI**

AVERSA (CE) 18 Febbraio 2017

SCHEDA ISCRIZIONE

Nome e Cognome _____

Professione _____ Numero iscrizione albo _____ Regione/Provincia _____

Data e Luogo di nascita _____

Indirizzo _____

Numero Civico _____ CAP _____ Città (PR) _____

Tel/Cell _____ Fax _____

Indirizzo e-mail _____

Inquadramento Professionale: Libero Professionista Dipendente Convenzionato

Luogo _____ Data _____ Firma _____

Sede del corso: **“Workshop di Ipnosi”** Aversa (CE), evento gratuito.

La presente scheda dati può anche non essere compilata in ogni sua parte.

La scheda di iscrizione verrà inviata via fax o e-mail entro il **11 Febbraio 2017** a uno dei seguenti riferimenti:

Tel/fax 0815020049 e-mail info@centroascolto.net

Informativa sulla privacy Informiamo, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali direttamente forniti o comunicati da terzi verranno raccolti e custoditi nella nostra banca dati e potranno essere trattati anche con l'ausilio di terzi. Titolare e responsabile del trattamento è Centro Ascolto Psicologi Associati, via Michelangelo 44, Aversa (CE) È possibile ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione dei dati o opporsi per motivi legittimi allo stesso trattamento dei propri dati personali scrivendo a info@centroascolto.net

