



IAF - ISTITUTO DI ALTA FORMAZIONE

**Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Dinamica Breve
Pescara**

..l... sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. _____ il _____ residente in _____

Cap. _____ Via _____ Cod.Fisc./P.Iva _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail _____

Studente in: _____

Laureato/a in _____

c/o l'Università di _____ in data _____

Chiede di partecipare all'Open Day della Scuola di Psicoterapia Dinamica Breve presso l'Istituto di Alta Formazione - Pescara, previsto nella seguente data:

Garanzia di riservatezza:

Acconsento a che i dati personali, ai sensi della legge 675/96 saranno utilizzati ai soli fini culturali e promozionali della vostra attività e che aggiornamenti o cancellazioni potranno essere richieste al responsabile del trattamento dati dell'Istituto.

Lì _____

Firma _____