



Domanda di partecipazione
Corso di Psicologia dell'Emergenza

Cognome _____

Nome _____

Luogo e Data di nascita _____

Professione • Psicoterapeuta • Psicologo • Medico • Infermiere
• Operatore Sanitario • Studente

Indirizzo _____

Telefono _____

Cellulare _____

E-mail _____

Come sei venuto a conoscenza di questo corso:

- internet
- pubblicità
- passaparola

Trieste,

Autorizzo il trattamento dei miei dati al solo fine del corso ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Firma

Riservato all'ufficio

Contattato in data: _____

Esito: _____

Contattato in data: _____

Esito: _____