

## Scheda iscrizione

Il /la Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_

Titolo di Studio \_\_\_\_\_

Indirizzo residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo domicilio \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

*Chiede di essere ammesso al corso in Consulenza filosofica e pratiche filosofiche*

In convenzione con il Master dell'Università di Roma Tre

A tal fine allega

Curriculum Studiorum

Autocertificazione Diploma di laurea

Autorizzo l'utilizzo dei miei dati personali ai sensi della legge 196/2003

Data \_\_\_\_\_

Firma

IBAN IT38W0200805205000105563553 - AGAPE SCUOLA