



Coop.Sociale

DOMANDA DI ISCRIZIONE CORSO RBT ONLINE 40 ORE

Agrigento

docente: DOTT.SSA OLIMPIA SINFAROSA Analista del Comportamento BCBA

Compilare con cura la presente scheda per prenotare il tuo posto al corso.

L'iscrizione effettiva potrà essere confermata attraverso il versamento dell'acconto e del saldo secondo la tempistica prevista, inviando copia del bonifico effettuato alla Mail: formazionepasa@gmail.com

Campi obbligatori*

*Nome e Cognome _____

*Luogo e Data di Nascita _____

*Luogo di residenza _____ Cap _____

*Indirizzo _____ *Carta Identità N. _____

*rilasciata dal Comune di _____ *in data _____

*E-mail _____

*Codice Fiscale/Partita Iva _____

*Titolo di studio(Laurea o diploma) _____

*Specificare il titolo di studio(es. **Laurea in Psicologia ***) _____

***N° Telefono cellulare**



Coop.Sociale

Professione (contrassegnare X):

- Psicologo
- Logopedista
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva
- Tecnico riabilitazione psichiatrica
- Educatore professionale (sanitario)
- Insegnante
- Assistente all'autonomia e alla comunicazione /Operatore specializzato
- Fisioterapista
- Genitore
- Operatore Sanitario
- Attualmente non impegnato dal punto di vista lavorativo

Altro: _____

***Solo per gli insegnanti: indicare la denominazione dell'Istituto Scolastico di provenienza e la città**

Modalità di pagamento *Bonifico bancario a:

IT71U0896983090000000041084 (Banca San Francesco)

(inserire data bonifico) _____

Consenso al trattamento dei dati:

“Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003”

(Necessario per confermare l'avvenuta registrazione) (*contrassegnare con X)

- SI
- NO

***Allegare documento di riconoscimento**

Firma (Leggibile) _____
