



**CENTRO PSICOTERAPICO LOGOPEDICO
CPL RIVOLI**

*Studio di Psicologia, Psicoterapia, Logopedia,
Riabilitazione Cognitiva, Terapie Espressive, Neuropsicomotricità dell'Età
Evolutiva.
Consulenze mediche in Audiologia e Foniatria, Neuropsichiatria Infantile,
Neurologia*

Si prega di compilare il presente modulo, di firmarlo e di inviarlo tramite email, all'indirizzo info@cplrivoli.it.

Sarete al più presto contattati ed informati riguardo le modalità di collegamento alle lezioni del corso e riceverete gli estremi per poter effettuare il pagamento.

I dati inseriti verranno utilizzati ai fini della registrazione al corso e della fatturazione.

Nome e Cognome _____

Residente a _____ in Provincia di _____

in Via/Piazza _____ al n° _____ CAP _____

Indirizzo di Fatturazione (se diverso dalla Residenza) _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA _____

Indirizzo email _____

N° di telefono _____

PEC o Codice Univoco _____

Professione _____

Titolo di Studio _____

Mi iscrivo al Corso in quanto:

- Educatore
- Insegnante
- Studente Universitario
- Genitore
- Altro: _____

Acconsento al trattamento dei miei dati personali (Legge 196/03 e Regolamento UE 679/16)

Firma _____