

**MASTER BREVE INTENSIVO PER  
LA CONSULENZA DI COPPIA**

Desidero confermare la mia pre-iscrizione al suddetto Master, riservato ai professionisti della relazione d'aiuto.  
Sono a conoscenza che l'Attestato di partecipazione sarà rilasciato a coloro che non avranno superato  
il 10% di assenze, per un totale di **50 ore** formative.

Mi impegno a corrispondere la quota prevista e a frequentare con profitto il Corso, nelle seguenti date:

**ROMA****1<sup>a</sup> parte 12/13/14 Luglio****2<sup>a</sup> parte 30/31 Agosto - 1 Settembre****POLO DIDATTICO  
Piazza Oderico da Pordenone, 3  
00145 - ROMA****dalle 9  
alle 18****(Scaricare il PDF e compilare scrivendo IN STAMPATELLO)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.a.p. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Tel. ab. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Sito Internet \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_

Titolo di studio conseguito \_\_\_\_\_

Titolo in via di conseguimento \_\_\_\_\_

Specializzazioni \_\_\_\_\_

Se **STUDENTE** indicare anche la Facoltà \_\_\_\_\_

Anno di corso \_\_\_\_\_ Tel. cell. \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_ Tel. uff. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ESPERIENZE PSICOTERAPEUTICHE O DI COUNSELIG (ore - anni) \_\_\_\_\_

CORSI AFFINI \_\_\_\_\_

Iscritto a qualche Ordine di categoria professionale:  NO  SI, quale \_\_\_\_\_Iscritto ad un'Associazione professionale di categoria:  NO  SI, quale \_\_\_\_\_

MOTIVAZIONI al corso ed ASPETTATIVE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indichi come è venuto a conoscenza di questo corso di formazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Inviare per e-mail questa scheda compilata, un breve curriculum personale/professionale  
e la copia del bonifico di Euro 110 come prenotazione al Master  
e-mail: [aspic@mclink.it](mailto:aspic@mclink.it)**

**Coordinate bancarie:****ASPIC SRL IBAN: IT 14 N 02008 05179 00002940480**

\_\_\_\_\_ Data

\_\_\_\_\_ Firma