

DOMANDA DI ISCRIZIONE

ISTITUTO SUPERIORE DI FILOSOFIA, PSICOLOGIA, PSICHIATRIA

ISFiPP

---

---

DATI PERSONALI

---

---

La/il sottoscritta/o

Nome e Cognome.....

Luogo e data di nascita: .....

Residente in via/piazza: ..... Città .....

CAP : ..... Tel.: ..... Cell .....

E-mail: .....

Titolo di studio: ..... Professione.....

Richiede l'iscrizione al corso

**COUNSELING FILOSOFICO, ETICA BIOMEDICA E NARRAZIONE CINEMATOGRAFICA**  
docente Paolo M. Cattorini

Allegare alla presente copia del bonifico di **200** euro relativo alla quota di iscrizione (IBAN **IT11G030690103310000071489** Banca Intesa Sanpaolo).

Le informazioni raccolte saranno inserite nella nostra banca dati e utilizzate per l'invio gratuito di documentazione sulle attività della ISFiPP.

Ai sensi dell'art. 13 del D.L.gs 196/2003, si autorizza ad utilizzare nel nostro materiale, testimonianze, fotografie ed immagini dell'iscritto.

Data:

Firma:

ISTITUTO SUPERIORE DI FILOSOFIA, PSICOLOGIA, PSICHIATRIA  
[WWW.ISFiPP.ORG](http://WWW.ISFiPP.ORG)

SEDE LEGALE: C.SO FIUME 16, CAP 10133 TORINO  
TEL. E FAX: 011 6606126 | EMAIL: SEGRETERIA\_SSCF@ISFiPP.ORG