



# SCUOLA ITALIANA di formazione CONSULENTI FAMILIARI

PRE - ISCRIZIONE (Online)

## II / La sottoscritto/a

Cognome	<input type="text"/>				
Nome	<input type="text"/>				
Data di nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Residente in	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Comune		c.a.p.	prov	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
	Via/Piazza		N.		
Titolo di studio	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
	Diploma/ Laurea		conseguito il		
Professione	<input type="text"/>				
Contatti	<input type="text"/>		<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
	Mail		Recapito telefonico (rete fissa/cellulare)		

## MANIFESTA

la propria intenzione a iscriversi al corso triennale per Consulenti familiari

Luogo, data

Firma del richiedente

---

**SCADENZA ISCRIZIONI: 25 AGOSTO 2019**

---

INFO: **CONSULTORIO DIOCESANO:** [consultoriodiocesano@tiscali.it](mailto:consultoriodiocesano@tiscali.it) - 328.4239405