



# SCUOLA SUPERIORE PROFESSIONALE DI FORMAZIONE IN PSICOMOTRICITÀ' **METIS**

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritt/a:

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

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

Cod. Fiscale/Partita Iva \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ .Prov \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

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

Professione \_\_\_\_\_

**Chiede di essere ammessa al corso triennale di psicomotricità, che si svolgerà a Roma.**

Anno scolastico \_\_\_\_\_

**Accetta il regolamento della scuola.**

### CONSENSO

L'interessato/a, acquisite le informazioni di cui all'art tredici del D. Lvo n. 196/03, esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali da parte della Scuola Professionale Metis, per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, per l'invio di materiale informativo ed altre comunicazioni necessarie allo svolgimento delle attività, alla raccolta, all'organizzazione e all'archiviazione dei dati su riportati, con modalità manuali o informatizzate.

Dichiara inoltre di aver preso visione e ricevuto copia dell'articolo sette del Decreto Legislativo 196/03, contenente i diritti dell'interessato/a.

***La quota di iscrizione e le successive rate, regolarmente versate, NON saranno restituite.***

Data .....

Firma .....

[www.scuola di psicomotricitametis.it](http://www.scuola di psicomotricitametis.it)

[info@scuoladipsicomotricitametis.it](mailto:info@scuoladipsicomotricitametis.it)

segreteria 3332938623