



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

SCHEDA DI PREISCRIZIONE

| | | |
|--|-------------------------------|-------------------|
| Il/La sottoscritto/a: | | |
| Nome _____ | Cognome _____ | |
| Data di Nascita _____ | Luogo di nascita _____ | |
| Cod. Fiscale/Partita Iva _____ | | |
| Indirizzo _____ | | |
| _____ | | |
| CAP _____ | Località _____ | Prov _____ |
| Tel. _____ | email _____ | |
| Titolo di studio _____ | | |
| Professione _____ | | |
| E' interessato/o all'iscrizione al corso triennale di psicomotricità, che si svolgerà a Roma, anno scolastico _____ e chiede di essere ammesso al colloquio di selezione. | | |

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 info@scuoladipsicomotricitametis.it
segreteria 3332938623

Colloquio fissato il _____