



A.S. e R. Graf.

Scuola patavina di grafologia Titolo di consulente grafologo

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

tel. _____ cell. _____

e-mail _____

in possesso di maturità/ laurea _____

conseguita presso _____

chiede

di essere iscritto per l'anno 2018-19 al _____ anno della **Scuola di Grafologia**

- Corso di Specializzazione in grafologia Clinica Criminologica PD**
- Corso sulla Firma Grafometrica**
- Corso di grafologia della coppia PD**
- Corso Rusciadelli PD**
- Corso Ed. Gesto grafico - Pescara-**
- Corso Crimini e scrittura -Pescara-**
- Corso Enneagramma-Pescara-**

Si autorizza il trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dalla L.675/96 e dal D.Lgs.196/2003.

SI

No

Data _____ Firma _____

N.B. Tale modulo di iscrizione risulta come autocertificazione