



Master in Psicoterapia Transpersonale Domanda d'immatricolazione

Io sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita - - Luogo _____

Indirizzo residenziale _____ CAP _____ Città _____

Telefono _____ Fax _____ Cell. _____

e-mail _____

Diploma di Psicoterapia _____

Codice Fiscale

CHIEDO

Che venga valutata la mia domanda di iscrizione al Primo anno del Master in Psicoterapia Transpersonale per l'anno accademico 2018

A tale scopo dichiaro di aver preso visione dell'ordinamento didattico (allegato 1), delle condizioni generali del Contratto (allegato 2), delle procedure di tesi (allegato 3) e, in caso di iscrizione, di impegnarmi a rispettarle in ogni sua parte.

Il sottoscritto/a all'atto della sottoscrizione del presente modulo viene informato ai sensi degli art. 10, 11, 13 della legge 31 dicembre 1996 n. 675 e successive modifiche; che i dati qui contenuti saranno utilizzati unicamente per finalità organizzative/statistiche, che gli stessi saranno conservati in archivi e non verranno divulgati; pertanto autorizza ITI e Associazione Om al trattamento dei propri dati personali contenuti nel presente modulo.

Il sottoscritto/a all'atto della sottoscrizione del presente modulo autorizza l'Associazione all'invio di documentazione informativa.

luogo/data firma



La informiamo che il D.Lgs n. 196 del 30.06.2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 10 della legge predetta, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

Il trattamento che intendiamo effettuare:

a) ha le seguenti finalità:

- permettere l'accesso alle aree riservate del sito
- inviare materiale informativo;
- effettuare comunicazioni di servizio;
- permettere, nell'eventualità di registrazioni filmate di convegni, conferenze e seminari, di essere ripresi nel pubblico e di consentirne la divulgazione

b) sarà effettuato con modalità informatizzata o postale

c) i dati non saranno comunicati ad altri soggetti, se non chiedendo espressamente il consenso.

La informiamo che il conferimento dei dati è obbligatorio per l'iscrizione e il loro eventuale mancato conferimento comporta la mancata esecuzione dell'iscrizione stessa.

Il titolare del trattamento è l'Integral Transpersonal Institute sas con sede legale in Milano, via Villapizzone 26, 20156 Milano.

Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'Art. 7 del D.Lgs. n.196/03.

Informativa sulla privacy:

Accetto

Non accetto

Milano, _____

Firma

L'allievo autorizza Integral Transpersonal Institute ad utilizzare il materiale prodotto (feedback, temi d'esame e tesi) ai fini di ricerca e di pubblicazione

Autorizzo Non autorizzo

Firma.....

Integral Transpersonal Institute , Via Villapizzone 26 20156 Milano
Tel. 0039 028393306 -Fax 0039 0287084230
email: transpersonal@fastwebnet.it - www.integraltranspersonallife.com