



Domanda di Tirocinio

Io sottoscritto/a nato/a il
a residente a
Provincia di via CAP
tel..... cell.....
E-mail Codice Fiscale.....
Codice Socio in Formazione

Studente dell'Ente Formativo _____ per

Operatori Olistici

Naturopati

Counselor

Counselor Olistici

chiedo di svolgere attività di tirocinio presso la sede Erba Sacra di _____

dal _____ al _____

Tipologia di Tirocinio richiesto

Il modulo, firmato, va inviato via mail a aspin@erbasacra.com con allegato il piano di studio della Scuola frequentata e certificazione del percorso formativo seguito.

L'allievo sarà contattato dalla segreteria ASPIN per concordare modalità e tempi di svolgimento del tirocinio

....., lì Firma.....

Ai sensi della legge 196/03 (Legge sulla riservatezza dei dati personali), informato delle finalità del trattamento e delle modalità della sua realizzazione su supporti informatici protetti, nonché dei soggetti responsabili dello stesso io sottoscritto/a autorizzo la Vostra associazione al trattamento dei dati personali contenuti nel presente documento ai soli fini ivi descritti ed alla pubblicazione degli stessi sul sito dell'associazione.

Firma per consenso