



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 fini di quanto previsto dalla disciplina in materia di trattamento di dati personali, l'interessato dichiara di aver ricevuto dal Centro Ricerca Erba Sacra l'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679.

Firma