**STILI DI VITA PER IL BENESSERE:**

**ADOLESCENZA E SALUTE MENTALE**

***Edizione 2019/2020***

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Il/La sottoscritto/a…………………………………………………………....... M F

Nato/a il………..../………./...........……a..................................................................Prov………

Codice Fiscale………..................................................................................................................

Nazionalità: italiana estera  …………………………………………………...(specificare)

Residente a ……………………….........Via/P.zza……..…………………n°...……Cap. …….......

Domiciliato a…………....…..........….Via/ P.zza……..……….................n°...…… Cap. ………..

Tel.................................................................... Cell. .....................................................................

E-mail..............................................................................@...........................................................

Professione: .................................................................................................................................

**CHIEDE**

di essere ammesso al corso di formazione “Stili di vita per il benessere: Adolescenza e salute mentale” che si svolgerà presso la sede della Fondazione don Luigi Di Liegro in via Ostiense 106, 00154 Roma.

Roma,……........................ Firma....................................

Si riceve in allegato la Informativa sulla privacy NUOVO GDPR 2018.

 Roma, …………………… Firma ……………………….….