

Federazione regionale pugliese dei Consulenti familiari di ispirazione cristiana



**Corso biennale di formazione per operatori nei consulenti familiari**

**SCHEMA DI ISCRIZIONE**

**Cognome**.....

**Nome**.....

**Luogo di nascita**..... **Prov**.....

**Data di nascita**.....

**Indirizzo**.....

**Città**..... **Prov**..... **CAP**.....

**Tel**..... **Cell**..... **E.mail**.....

**Professione**.....

**Operatore del consultorio familiare di**.....

**Eventuale esperienze in consultorio o strutture che si occupano di famiglia**.....

**Ho partecipato ad altri corsi di formazione**.....

**Quali?**.....

.....

**Si allega copia del versamento della quota di iscrizione**

Versamento su CCP n. 93449775; Bonifico bancario IBAN: IT65C0335901600100000005348  
intestato a FEDERAZIONE REGIONALE CFC PUGLIA-ONLUS

**Data**.....

**Firma**.....