

MODULO DI RICHIESTA DI AMMISSIONE ALL'ESAME ACOFE

Dati del candidato

Nome e Cognome
Data di nascita
Luogo di nascita
Codice Fiscale
Indirizzo di residenza
Via/Piazza
Numero civico:
CAP
Città:
Provincia
Numero di telefono:
Indirizzo e-mail

Dati formativi

Istituto di provenienza:
Anno di conseguimento del diploma in counseling

Dettagli dell'esame

- Sede dell'esame: Firenze
- Data dell'esame: 3 maggio 2025

Documentazione da allegare

- Copia di un documento di identità in corso di validità
- Copia del diploma triennale in counseling
- Ricevuta del versamento della Tassa d'Esame (€ 100,00) sull' IBAN **IT89I086310220000001041740**

Firma del candidato: _____

Informativa sulla privacy

I dati personali raccolti con il presente modulo saranno trattati esclusivamente per le finalità relative all'organizzazione dell'esame di ammissione ACOFE, in conformità al Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR).

Firma per accettazione dell'informativa sulla privacy:

_____ Data: _____