



ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA  
**CHIROFONETICA**

**DOMANDA DI AMMISSIONE**

al Corso di Formazione Triennale in Chirofonetica 2026-2029

AI CONSIGLIO DIRETTIVO  
dell'Associazione Italiana di Chirofonetica

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ Specialistica \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

**Chiede di essere ammesso/a al "CORSO DI FORMAZIONE TRIENNALE IN CHIROFONETICA 2026-2029" – organizzato dall'Associazione Italiana per la Chirofonetica.**

Allega alla presente domanda:

- Copia documento d'identità
- Codice Fiscale
- Copia degli attestati di Formazione
- Curriculum vitae
- Regolamento sottoscritto e firmato (in ogni pagina)

....., li ..... (firma)

Inviare alla segreteria dell'Associazione Italiana per la Chirofonetica all'indirizzo mail: [chirofonetica@gmail.com](mailto:chirofonetica@gmail.com)

si autorizza all'utilizzo e al trattamento dei dati personali e sensibili del soggetto interessato, esclusivamente ai fini del progetto di formazione in Chirofonetica e che tali dati potranno essere comunicati a soggetti interessati e incaricati, quali docenti, tutor, medici e sedi/realità che collaborano con l'Associazione per la Chirofonetica, che saranno trattati nel rispetto delle disposizioni del GDPR e del D.Lgs. n. 196/03.

..... (firma leggibile)