CENTRO DE PSICOTERAPIA Y ESTUDIO DE LA FAMILIA DE MÁLAGA

PROGRAMAS DE FORMACION

BOLETIN DE PRE-INSCRIPCION

CURSO ELEGIDO:……..

Apellidos:.....

Nombre:.....

Edad:..... Estado:..... D.N.I.....

Domicilio:.....

Municipio:..... D.P.....

Teléfono:..... E-mail:……

Lugar de trabajo:.....

..... Teléfono:.....

TITULACION ACADEMICA:.....

Fechas de inicio y finalización de los estudios: .....

Lugar de realización de los estudios:.....

FORMACION EN PSICOTERAPIA:.....

EXPERIENCIA PROFESIONAL:.....

HORARIO PREFERENTE: (Marcar con una X)

Semanal.

Mensual.

Enviar junto con una fotografía tamaño carnet a:

C/ Salitre, 55. 7º A 29002 Málaga Tel. 952 352396 - 630863897