



ISTITUTO ALIUDCRIMEN

Ente di Formazione in Psicologia, Criminologia e Scienze Forensi
Sede di Napoli

Domanda di Iscrizione Corsi di Formazione

Al Direttore Scientifico
Istituto Aliudcrimen

| | | | |
|--|--|-----------|------------|
| Il/La sottoscritto/a | | | |
| | | (cognome) | (nome) |
| nato/a a | | | il |
| (comune di nascita – se nato/a all'estero: specificare lo Stato) | | (prov.) | (gg/mm/aa) |
| <input type="checkbox"/> Laureato <input type="checkbox"/> Laureando in: | | | |
| (specificare se si è laureati o laureandi) | | | |
| Facoltà di : | | | |

Chiede

di essere iscritto/ad uno o più **Corsi di Formazione Professionale dell'Istituto Aliudcrimen** di seguito elencati (*spuntare con una X il corso o i corsi di interesse*):

- Corso per Operatore Criminologico nelle Investigazioni Difensive**
- Corso per Perito e Consulente Tecnico**
- Corso per Analista della Devianza e delle Condotte Criminologiche**
- Corso per Operatore presso il Tribunale dei Minori**

Ciascun Corso ha una durata **trimestrale** per un totale di **30** (trenta) ore formative.

Allega alla presente domanda:

- *Curriculum vitae* – *Fotocopia documento identità* – *Titolo di studio e/o Dichiarazione sostitutiva*
- *Versamento quota iscrizione di euro 50,00 (cinquanta).*

_____ (luogo)

_____ (data)

_____ (firma)

NB. la presente domanda s'intende perfezionata a seguito della successiva firma del contratto di disciplina dei corsi in oggetto tra ente e allievo presso la nostra sede didattica.