



**LORETTA ZANUCCOLI® GMCKS PRANIC HEALING SYSTEM®**  
**SCUOLA DI FORMAZIONE PROFESSIONALE PER**  
**PRANIC HEALER PROFESSIONISTA**

Viale Malva Nord, 28/30 – 48015 CERVIA (RA) Tel. 0544 72215 Fax 0544 974262  
E-mail: pranic-healing@cervia.com www.pranic-healing.it www.eifis.it

Al Comitato Direttivo  
della Scuola di Formazione Triennale  
per Pranic Healer Professionista (PHP)  
Viale Malva Nord, 28 48015 CERVIA (RA)

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla Scuola di Formazione Triennale per Pranic Healer Professionista (PHP).  
Ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità penali in caso di false  
dichiarazioni,

**DICHIARA**

a. Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza città \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ E.mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_;

b. di essere in possesso del seguente titolo di studio:

diploma di maturità \_\_\_\_\_

diploma di laurea vecchio ordinamento oppure nuovo ordinamento o laurea

specialistica \_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

c. di aver partecipato ai seguenti corsi/scuole di formazione (in particolare in ambito energetico)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d. di essere in possesso dei seguenti diplomi o attestati di partecipazione

---

---

---

---

e. di aver partecipato ai seguenti corsi di PRANIC HEALING

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pranic Healing Base                | <input type="checkbox"/> Om Mani Padme Hum                        |
| <input type="checkbox"/> Pranic Healing Avanzato            | <input type="checkbox"/> Buddismo Rivelato                        |
| <input type="checkbox"/> Psicoterapia con il Pranic Healing | <input type="checkbox"/> Cristianesimo Rivelato                   |
| <input type="checkbox"/> Pranic Healing con i Cristalli     | <input type="checkbox"/> Induismo Rivelato                        |
| <input type="checkbox"/> Autodifesa Psicica                 | <input type="checkbox"/> Pranic Corporate Management              |
| <input type="checkbox"/> Meditazione per Unione Anima       | <input type="checkbox"/> Self-Pranic Healing                      |
| <input type="checkbox"/> Chiaroveggenza                     | <input type="checkbox"/> Meditazione Cabalistica sul Padre Nostro |
| <input type="checkbox"/> Kriyashakti                        | <input type="checkbox"/> Superbrain Yoga                          |
| <input type="checkbox"/> Feng Shui                          | <input type="checkbox"/> Arhatic Yoga Livello Preparatorio        |
| <input type="checkbox"/> L'Essenza Spirituale dell'Uomo     | <input type="checkbox"/> Arhatic Yoga Livelli _____               |

f. l'indirizzo presso cui desidero ricevere ogni comunicazione è il seguente:

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_

Alla presente allega:

- curriculum vitae (iter formativo e professionale);
- diplomi o attestati di partecipazione e/o qualificazione (fotocopia);
- opzionale, breve spiegazione (una cartella) relativa alle motivazioni di partecipazione a questo percorso professionale.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

Nota informativa sulla privacy:

la Scuola di Formazione Triennale, ai sensi ed in conformità con l'art. 13, D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, informa che: i dati raccolti con la presente scheda report contatti sono destinati ad essere archiviati elettronicamente (o manualmente) nel pieno rispetto dei dettami normativi vigenti e potranno essere oggetto di trattamento solo ed esclusivamente da parte del personale incaricato, per le finalità delle attività della Scuola.

Salvi i diritti di cui agli art. 7, 8, 9 e 10, D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, si precisa che i dati raccolti potranno essere utilizzati al fine di informarLa in merito a prossime iniziative, fino a Sua esplicita opposizione inibitoria.

Titolare del trattamento, è Loretta Zanuccoli, avente domicilio per la carica in V.le Malva Nord 30-48015 Cervia (RA).

Con la sottoscrizione della presente, l'interessato esprime libero consenso ai trattamenti indicati.

FIRMA \_\_\_\_\_

Spedire tutta la documentazione ed il presente modulo all'indirizzo postale della Scuola.

**RISERVATO ALLA COMMISSIONE**

Ricevuto in data

Esaminato in data

EIFIS EDITORE srl

Viale Malva Nord, 28 - 48015 Cervia (RA)

P.Iva 03317470403

Tel. 0544 72215 Fax 0544 974262 E-mail [info@eifis.it](mailto:info@eifis.it) [www.eifis.it](http://www.eifis.it)