

SCHEDA DI ADESIONE**TITOLO DEL CORSO:****“LO PSICODRAMMA FREUDIANO E LE INTERRUZIONI NELLA CURA”****(24 Novembre 2018) – 11,7 crediti ECM -****DA COMPILARE IN STAMPATELLO****-Tutti i campi sono obbligatori-****Inviare il modulo compilato e firmato insieme alla ricevuta del bonifico a presidenzasipsa@yahoo.it**

| | | |
|--|------------------|-------|
| COGNOME | NOME | |
| DATA DI NASCITA | LUOGO DI NASCITA | PROV. |
| CODICE FISCALE | | |
| DESIDERA RICEVERE L'ATTESTATO PER EMAIL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |

OBBLIGATORIO ANCHE PER COLORO CHE RICHIEDONO L'ATTESTATO PER EMAILVIA _____ NUMERO _____
CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

| | | | |
|--|---|--|---|
| CELLULARE | | | |
| E-MAIL | | | |
| PROFESSIONE | OBBLIGO ECM : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| SPECIALIZZAZIONE (solo per MEDICO-FARMACISTA-VETERINARIO-PSICOLOGO) | | | |
| ISTITUTO PRESSO IL QUALE LAVORA (Nome e città, se libero prof. lasciare vuoto) | | | |
| LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> | DIPENDENTE <input type="checkbox"/> | CONVENZIONATO <input type="checkbox"/> | PRIVO DI OCCUPAZIONE <input type="checkbox"/> |
| QUOTA D'ISCRIZIONE <input type="checkbox"/> € 50,00 | | | |

COORDINATE BANCARIE**“Sipsa” IBAN: IT15Z0103003202000001604201**

LUOGO E DATAFirma

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/2003 e successive modificazioni (OBBLIGATORIO)

Firma