

I DISTURBI DEL NEURO-SVILUPPO.

APPROCCIO INTEGRATO TRA RIABILITAZIONE E MODELLO PSICOANALITICO

27 gennaio - 17 febbraio - 10 marzo - 14 aprile

SCHEMA DI ISCRIZIONE

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____ C.A.P. _____ CITTA' _____ PROV. _____

CODICE FISCALE _____ P.IVA _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____

E.MAIL _____

PEC MAIL _____

LAUREATO IN _____

DISCIPLINA (Da Specificare per Medico Chirurgo e Psicologo) _____

MUMERO DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE _____

DIPENDENTE

CONVENZIONATO

LIBERO PROFESSIONISTA

INTESTAZIONE FATTURA Comunicare alla segreteria i dati per la fatturazione, se diversi da quelli sopra indicati.

E' interessato agli ECM

SI

NO

Ai sensi del **Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali**, si autorizza il trattamento - sia su supporto informatico che cartaceo - dei dati forniti ai soli fini del Congresso e della procedura ECM, in particolare ai fini della trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti dei partecipanti" e del rilascio dell'attestato finale, nella piena tutela dei propri diritti della riservatezza dei dati.

DATA DELLA RICHIESTA _____ FIRMA DEL RICHIEDENTE _____