

Desidero iscrivermi ai seguenti incontri:

- Seminari singoli (senza ECM): in numero: indicare quali:
.....
- Ciclo di seminari per Psichiatria e Psicoterapia dell'Adulto
- Ciclo di seminari per Infanzia, Adolescenza, Genitorialità
- I Giornata di Studio
- II Giornata di Studio
- Psiche-Dike
- Gruppo Clinico (Ripensare il caso clinico)

Modalità di partecipazione prevista:

- in presenza con ECM in presenza senza ECM in remoto senza ECM

DATI (campi obbligatori*)

*Cognome

*Nome

*Indirizzo
.....

*CAP *Città *Prov.

Telefono e-mail
.....

PEC

Codice Fiscale

P. IVA

cod. SDI (fatturazione elettronica)

***PROFESSIONE (per accreditamento ECM)**

- psicologo medico spec. in
- specializzando in

DATI PER LA FATTURA ALL'ENTE

- Ente privato Ente Pubblico (Fatturazione Elettronica)
(denominazione, indirizzo, cod. Fisc., P. IVA e Cod. SDI)
.....
.....
.....

Autorizzo all'utilizzo dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 art. 13

Data Firma