SCHEDA ISCRIZIONE



**CENTRO DI PSICOANALISI ROMANO - CENTRO PSICOANALITICO DI ROMA**

**RIPENSARE IL CASO CLINICO EDIZIONE 2024**

Desidero iscrivermi alle seguenti attività:

* **Seminari analitici di gruppo AREA ADULTI**: gruppo condotto da …………………………………………………………………………..
* **AREA INFANZIA /ADOLESCENTI**: gruppo condotto da …………………………………………………………………………………………………….
* **AREA DCA** Gruppo condotto da ……………………………………………………………………………………………………………………………………..
* **INTERVISIONE** ……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………..

COGNOME............................................................................NOME.................................................................................... INDIRIZZO........................................................................................CITTÀ..............................CAP...............PROVINCIA..... TELEFONO....................................................EMAIL............................................................................................................. P.IVA.......................................................................COD.FISCALE(*OBBLIGATORIO*) ........................................................... COD. UNIVOCO.................................................. E-MAIL PEC............................................................................................. QUALIFICAPROFESSIONALE...................................................SPECIALIZZAZIONE............................................................... ALTRO....................................................... ENTE IN CUI LAVORA ......................................................................................

DATA E FIRMA......................................

**SI RACCOMANDA DI COMPILARE LA SCHEDA IN TUTTE LE SUE PARTI**

Autorizzo l’utilizzo dei dati sopra indicati ai sensi di legge 196/2003 sulla privacy  
Ai sensi della legge 196/2003 sulla privacy si specifica che i dati comunicati verranno utilizzati per uso interno.

Non verranno divulgati a soggetti terzi diversi da quelli che concorrono alla prestazione di servizi richiesti.  
In base all’articolo 13 della medesima legge i dati potranno essere cancellati o modificati scrivendo al Presidente presso la Segreteria.

**QUOTA DI ISCRIZIONE**Seminari analitici di gruppo Euro 70  
Seminari di lntervisione - Quota di Iscrizione Euro 5,00 a persona  
LE TARIFFE SONO COMPRENSIVE DI IVA. NON SI PREVEDE ECM PER NESSUNA ATTIVITÀ

**MODALITA’ DI PAGAMENTO**

* **Bonifico bancario** con nome e cognome e motivo del pagamento **Centro di Psicoanalisi Romano – Intesa Sanpaolo** ag.1223 - IBAN: IT17L0306905070100000004624 con modulo di iscrizione da inviare **via email:** [**segreteria@centropsicoanalisiromano.it**](mailto:segreteria@centropsicoanalisiromano.it%20)

Per ulteriori informazioni: Vittoria Fosco tel.06/8540645 - Marina Davide tel. 06/8415016 - 3282044433