

SCHEDA DI ISCRIZIONE parte A

Desidero iscrivermi ai seguenti incontri:

- ☐ Seminari singoli senza ECM ☐ in presenza € 70 ☐ in remoto € 70
☐ con quota ridotta € 40: ☐ in presenza ☐ in remoto

in numero: indicare quali:

- ☐ Ciclo di 3 seminari per Psichiatria e Psicoterapia dell'Adulto (con ECM, in presenza) € 220

- ☐ Ciclo di 3 seminari per Infanzia, Adolescenza, Genitorialità (con ECM, in remoto) € 280

- ☐ I Giornata di Studio ☐ con ECM in presenza € 100

- ☐ senza ECM in presenza € 80 ☐ senza ECM in remoto € 80

- ☐ quota ridotta senza ECM in presenza € 40

- ☐ quota ridotta senza ECM in remoto € 40

- ☐ Il Giornata di Studio ☐ con ECM in presenza € 100

- ☐ senza ECM in presenza € 80 ☐ senza ECM in remoto € 80

- ☐ quota ridotta senza ECM in presenza € 40

- ☐ quota ridotta senza ECM in remoto € 40

- ☐ 2 Giornate di Studio in presenza + 2 Cicli di 3 seminari, con ECM
(Ciclo Adulti in presenza, Ciclo BAG in remoto) € 550

- ☐ Psicoanalisi e Medicina Gruppo MMG € 366

- Gruppo Clinico (Ripensare il caso clinico) € 220

Ragione per richiesta di quota ridotta (senza ECM):

- ☐ Specializzando in

- ☐ Professionista di età inferiore ai 35 anni

- ☐ Professionista dei Servizi sanitari

- ☐ Insegnante delle Scuole di ogni ordine e grado

SCHEDA DI ISCRIZIONE parte B

DATI (campi obbligatori*)

*Cognome

*Nome

*Indirizzo

*CAP.....*Città.....*Prov.....

Tel. e-mail

PEC

Codice Fiscale

P. IVA

cod. SDI (fatturazione elettronica)

***PROFESSIONE** (per accreditamento ECM)

☐ Medico specializzato in

☐ Psicologo

DATI PER LA FATTURA ALL'ENTE

(denominazione, indirizzo, C.Fisc., P. IVA, Cod. SDI)

☐ Ente privato ☐ Ente Pubblico (Fatturazione Elettronica)

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

Data

Firma