

SCHEDE 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 Psichiatria e Psicoterapia dell'Adulto (senza ECM, con quota ridotta) € 100 ☐ in presenza ☐ in remoto
- ☐ Ciclo di 3 seminari per Infanzia, Adolescenza, Genitorialità (con ECM, in remoto) € 280
- ☐ Ciclo di 3 seminari per Infanzia, Adolescenza, Genitorialità (senza ECM, con quota ridotta, in remoto) € 110
- ☐ 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
- ☐ II 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
- ☐ La Cura della Comunicazione € 290
- ☐ 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: Educatori e Infermieri
- ☐ Insegnante delle Scuole di ogni ordine e grado

SCHEDE 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