

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

\_\_\_\_\_

SCHEDA ISCRIZIONE

**RIPENSARE IL CASO CLINICO EDIZIONE 2023**

Desidero iscrivermi alle seguenti attività:

**Seminari analitici di gruppo**

**AREA ADULTI**: gruppo condotto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AREA INFANZIA /ADOLESCENTI**: gruppo condotto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AREA DCA**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INTERVISIONE** Gruppo condotto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gruppo condotto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SEMINARI TEORICO CLINICI**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 ..............................................................

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.

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

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

**QUOTA DI ISCRIZIONE**

**seminari clinici di gruppo Euro 70**

**seminari di lntervisione - Quota di Iscrizione euro 5,00 a persona**

**seminari teorici/clinici 20 EURO**

**LE TARIFFE SONO COMPRENSIVE DI IVA**

**NON SI PREVEDE ECM PER NESSUNA ATTIVITÀ**

**Modalità di pagamento e di iscrizione**

* **Boniﬁco bancario** con nome e cognome e motivo del pagamento

Centro Psicanalitico di Roma

IBAN ***IT22P02008 05120 000001848785*** UNICREDIT

Da inviare con modulo di iscrizione compilato **via mail:** [cpdr.roma@gmail.com](mailto:cpdr.roma@gmail.com)

Per ulteriori informazioni in segreteria: Marina Davide tel. 06/8415016 – 3282044433

Vittoria Fosco tel.06/8540645