

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

**SCHEDA ISCRIZIONE**

**RIPENSARE IL CASO CLINICO EDIZIONE 2025**

**SEMINARI ANALITICI di GRUPPO**

Desidero iscrivermi alle seguenti attività:

* **AREA ADULTI**: gruppo condotto da …………………………………………………………………………..
* **AREA INFANZIA /ADOLESCENTI**: gruppo condotto da …………………………………………………………………………………………………….
* **AREA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE** Gruppo condotto da…………………………………………,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,

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 Area Adulti, Area Infanzia/Adolescenza, Area Disturbi del comportamento Alimentare

**Euro 100** comprensivo di IVA

NON SI PREVEDE ECM PER NESSUNA ATTIVITÀ

**MODALITA’ DI PAGAMENTO**

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

**Centro Psicoanalitico di Roma**

**UNICREDIT BANCA - Filiale Roma Parioli A**

**IBAN*: IT 22 P 02008 05120 000001848785***

* Per ulteriori informazioni: Marina Davide, Maria Libera Ranaudo tel. 06/8415016 – 3282044433
* **Inviare la scheda compilata e copia del bonifico a: cpdr.roma@gmail.com**