

Scheda di iscrizione

Alienazione Parentale: Il rifiuto di un genitore. Aspetti psicogiuridici

24 giugno 2017

	Entro il 24 maggio 2017	dal 25 maggio al 22 giugno 2017
Psicologi e medici (inclusa iscrizione a Psicoattività per l'anno 2017)	<input type="checkbox"/> 80 euro	<input type="checkbox"/> 120 euro
Psicologi e medici (Già soci di Psicoattività per l'anno 2017)	<input type="checkbox"/> 70 euro	<input type="checkbox"/> 110 euro
Psicologi iscritti a scuole di specializzazione in psicoterapia (inclusa iscrizione a Psicoattività per l'anno 2017)	<input type="checkbox"/> 60 euro	<input type="checkbox"/> 90 euro
Psicologi iscritti a scuole di specializzazione in psicoterapia (Già soci di Psicoattività per l'anno 2017)	<input type="checkbox"/> 50 euro	<input type="checkbox"/> 80 euro
Tirocinanti (laureati in psicologia) e studenti di psicologia (inclusa iscrizione a Psicoattività per l'anno 2017)	<input type="checkbox"/> 40 euro	<input type="checkbox"/> 60 euro
Tirocinanti (laureati in psicologia) e studenti di psicologia (Già soci di Psicoattività per l'anno 2017)	<input type="checkbox"/> 30 euro	<input type="checkbox"/> 50 euro
Studenti di psicologia iscritti all'UniTS (Compresa associazione a psicoattività per l'anno 2017)	<input type="checkbox"/> 20 euro	<input type="checkbox"/> 40 euro

Quadro A

Ho pagato la quota di iscrizione di euro _____ in data _____ sul C/C intestato a: **Psicoattività**

BCC di Fiumicello ed Aiello – Filiale di S. Vito al Torre (UD)
IBAN **IT97T085516424000000104976**
Causale: **NOME COGNOME** – Giornata di formazione 24 giugno 2017

**Compilare con tutti i propri dati ed inviare unitamente alla relativa copia del bonifico bancario
via mail a eventi@psicoattivita.it oppure via fax al [0432-1632062](tel:0432-1632062)**

DATI DEL PARTECIPANTE

Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ il _____
C.F. _____
Residente in (Via/Piazza) _____ CAP _____
Città _____ Prov. _____ E-mail _____
Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

Iscritto all'Ordine degli Psicologi della Regione/provincia: _____

posizione Libero professionista Dipendente Convenzionato SSN

Solo per i dipendenti del SSN - CODICE disciplina: 78 Psicologia 77 Psicoterapia Medico _____

**Le richieste di iscrizione verranno accolte fino al raggiungimento del numero massimo di iscritti previsto
LA RICEVUTA RELATIVA AL PAGAMENTO VERRA' RILASCIATA NEL GIORNO DI SVOLGIMENTO DELLA GIORNATA DI
FORMAZIONE**

Informativa ai sensi della legge 675/96 e D. Lgs 30/6/2003 n. 196 (privacy)

Il/la sottoscritto/a autorizza gli Enti organizzatori al trattamento dei dati personali con procedure automatiche e/o manuali, nel rispetto delle norme sulla privacy. In ogni momento, a norma di legge, potrò avere accesso ai miei dati e richiedere la modifica o la cancellazione.

Luogo e data _____ Firma _____