SCHEDA DI ISCRIZIONE 2024-25 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

□ 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

□ Psicoanalisi e Medicina Gruppo MMG € 366

□ Gruppo Clinico (Ripensare il caso clinico) € 200

Ragione per richiesta di quota ridotta:

□ Specializzando in . . . . . .
□ Professionista di età inferiore ai 35 anni
□ Professionisti dei Servizi sanitari per i quali NON sono previsti ECM
□ Insegnante delle Scuole di ogni ordine e grado

SCHEDA DI ISCRIZIONE 2024-25 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 .....