LA PSICOEDUCAZIONE NEI DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE

Roma, 1 dicembre 2018

Centro Clinico De Sanctis - Via Francesco de Sanctis 9 - 00100 Roma

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Scheda da inviare via email insieme alla copia del bonifico bancario:

Centro Clinico De Sanctis - Tel.0697614021 E-mail: INFO@CENTROCLINICODESANCTIS.IT

Tutti i campi sono obbligatori

Nome …………………………………………. Cognome ………………………………………

Data di nascita ……/……/…… Luogo di nascita ……………………………. Prov ………….

Codice Fiscale ………………………………………….. P. IVA …………………………………..

Cell …………………………………….. E-mail ……………………………………………………

Indirizzo (Via/Piazza e n.° civico - Città e Prov.) …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**QUOTA DI PARTECIPAZIONE**

**Workshop + Videocorso € 100,00 [IVA inclusa] 20 crediti ECM**

Il numero di partecipanti minimo per l’attivazione del Workshop è di 8

Il pagamento della quota deve essere effettuato tramite bonifico bancario a favore di:

APERTAMENTE WEB

IBAN: [T06G0301503200000003621313](https://finecobank.com/myfineco/coordinate-conto)

Indicare nella causale “Cognome e nome iscritto - Workshop “La Psicoeducazione nei Disturbi dell’Alimentazione”

L’iscrizione al corso si intenderà perfezionata al ricevimento sia della presente scheda, compilata in ogni sua parte e firmata, sia dell’attestazione di pagamento. L’intera quota verrà restituita qualora la domanda non possa essere accolta per mancanza di posto, per annullamento del corso o per altri motivi legati all’organizzazione. L’iscrizione al corso è vincolante se non disdetta contattando telefonicamente o tramite e-mail la segreteria del Centro Clinico De Sanctis almeno una settimana prima dell’inizio del corso.

A norma e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, autorizzo inoltre il trattamento dei dati personali e/o sensibili che a seguito della presente sottoscrizione dovessero essere necessari ai fini dell’espletamento del mandato ricevuto.

Data ……………………………………. Firma ......................................................................