



**ASSOCIAZIONE PROMOZIONE INTERCULTURALE NEUROSCIENZE**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE Evento formativo residenziale**

**PSICOFARMACI, PSICOTERAPIA E DISTURBI PSICHIATRICI. Casi clinici e storie letterarie**

Evento n.2760-188966, Ed.1 Obiettivo formativo n.18, **crediti ECM n.50**  
riservato a **n.50 partecipanti medici e psicologi**

Sede: **Auditorium Ordine dei Medici Foggia**

Date: **2-9-16-23-30 Maggio, 6 Giugno 2017**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Eventuale Specializzazione \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Dipendente  Convenzionato  Libero professionista  Privo di occupazione

Iscritto al Corso in qualità di partecipante ECM  uditore

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Indirizzo**

Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Posta elettronica \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*FIRMA*

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196**

Autorizzo la Segreteria organizzativa al trattamento dei dati personali da me forniti limitatamente alle finalità attinenti allo svolgimento del su citato Evento formativo, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

\_\_\_\_\_  
*FIRMA*

**N.B. La presente scheda va' compilata, firmata, scannerizzata e quindi inviata al seguente indirizzo di posta elettronica: [angelo.graziano@alice.it](mailto:angelo.graziano@alice.it)**