

QUOTA DI ISCRIZIONE

- € 750,00
- € 650,00 (per gli iscritti entro il 31 gennaio 2019)
- € 600,00 PER SPECIALIZZANDI UNIVERSITARI E ISCRITTI ALLE SCUOLE DI PSICOTERAPIA (per gli iscritti entro il 31 gennaio 2019)
- € 700,00 PER SPECIALIZZANDI UNIVERSITARI E ISCRITTI ALLE SCUOLE DI PSICOTERAPIA
- € 550,00 PER STUDENTI UNIVERSITARI (MAX 5 PERSONE)

MODALITA' DI PAGAMENTO

BONIFICO BANCARIO a favore di IL PORTO ONLUS – IBAN:
IT18J0608520001000000021547

CAUSALE: Iscrizione al Master in “Comprendere e Trattare i disturbi del comportamento alimentare”

MODULO DI ISCRIZIONE DA INVIARE VIA EMAIL a v.cappa@ilporto.org o VIA FAX al N. 011/6479657

Dichiaro di acconsentire al trattamento dei miei dati personali ai sensi della legge 196/2003.

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Contatti: Vadis Cappa v.cappa@ilporto.org Tel 011-6824261

E' obbligatorio fornire TUTTI i dati richiesti, in forma leggibile. Si avvisa che in assenza o incompletezza dei dati il Provider ECM non potrà garantire i crediti.	
NOME E COGNOME	
CODICE FISCALE	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENZA (via, città, CAP)	Telefono
E-mail	
PROFESSIONE (solo in possesso della titolo e relativa specializzazione) Il Master è accreditato esclusivamente per queste professioni	
MEDICO <input type="checkbox"/> specializzazione medica _____	
PSICOLOGO <input type="checkbox"/>	PSICOTERAPEUTA <input type="checkbox"/> ASSISTENTE SANITARIO <input type="checkbox"/>
EDUCATORE <input type="checkbox"/>	INFERMIERE <input type="checkbox"/> TECNICO RIAB. PSICHIATRICA <input type="checkbox"/>
DIETISTA <input type="checkbox"/>	BIOLOGO NUTRIZIONISTA <input type="checkbox"/>
Le informazioni sottostanti sono da compilare da parte di coloro che partecipano al Master senza diritto ai crediti ECM.	
STUDENTE UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>	
SPECIALIZZANDO - specificare <input type="checkbox"/>	_____
ALTRA QUALIFICA NON AVENTE DIRITTO AI CREDITI ECM _____	
Tipologia di rapporto di lavoro (obbligatorio)	

<input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> CONVENZIONATO
Ente di appartenenza.....
INTESTAZIONE DELLA FATTURA
NOME E COGNOME O DENOMINAZIONE AZIENDA
INDIRIZZO (VIA, CAP, CITTA')
CODICE FISCALE / PARTITA IVA

Data _____

Firma _____