**SCHEDA DI ISCRIZIONE** PER LA GIORNATA FORMATIVA

**“IL LUTTO TRA FISIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA”**

A cura del **Prof. A. Onofri**

DATA**: 20 gennaio 2018** LUOGO**: AREZZO**

Ad ogni scheda di registrazione deve corrispondere l’iscrizione di 1 partecipante. Si prega di:

* Compilare la scheda in **STAMPATO MAIUSCOLO** ben leggibile in tutte le sue parti
* Inviare la scheda e copia del bonifico via e-mail **[centrostudietruria17@gmail.com](mailto:centrostudietruria17@gmail.com)**

**POSTI LIMITATI:** ***ISCRIZIONI fino a esaurimento posti***

**COSTI:** **120€ più iva** al 22% ***(146,40€ tot) per*** Psicologi, Psicoterapeuti, Medici, Psichiatri

**RIDUZIONI: 100€ più iva** al 22% ***(122€ tot)*** *per*

***Specializzandi****,* ***Soci ASCOM****,* ***Soci IL Lumicino*** *e* ***ISCRIZIONI ENTRO domenica 14 GENNAIO:***

Le coordinate del conto corrente a cui inviare il bonifico sono le seguenti:

Banca: BNL

Beneficiario: CENTRO STUDI ETRURIA

Causale: ***Iscrizione Formazione LUTTO + cognome del partecipante***

IBAN : IT44O0100502802000000002094

Professione (Laurea conseguita) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Disciplina (Specializzazione)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cap: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Città: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia\_\_\_

Tel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.I. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sono interessato ai crediti ECM: SI NO

Ho diritto alla riduzione della quota in qualità di:

SOCIO ASCOM SOCIO IL LUMICINO SPECIALIZZANDO ISCRITTO ENTRO IL **14 GENNAIO**

**Dati intestazione fattura obbligatori (se diversi da quelli sopra indicati)**

Fattura intestata a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale/P.I.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cap: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna al pagamento dell’intera quota di iscrizione iva inclusa

(146,40€ tariffa intera, 122€ tariffa ridotta per gli aventi diritto) secondo le modalità di pagamento indicate.

Eventuali variazioni di orario, data o docente per cause non imputabili al Centro Studi Etruria non potranno essere oggetto di rinuncia o rimborso.

**Privacy**

Con la presente autorizzo il Centro Studi Etruria e terzialla gestione dei dati personali esclusivamente per scopi connessi alla partecipazione al corso. In qualsiasi momento potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure oppormi al loro utilizzo scrivendo a:

Centro Studi Etruria

Via XXV Aprile 20 Arezzo 20

[centrostudietruria17@gmail.com](mailto:centrostudietruria17@gmail.com)

Data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_