****

***SCHEDA DI ISCRIZIONE***

SEMINARIO ACT

***a cura del Dr. Giovanni Miselli***

***4-5 marzo 2022***

**(Tutti i campi devono essere compilati in stampatello leggibile)**

#### NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di Nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

#### CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CITTA’:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROV.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FAX: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### CELL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ ho bisogno dei crediti ECM □ non ho bisogno dei crediti ECM

**NB: Se si fa richiesta dei crediti ECM, bisogna compilare i seguenti campi:**

**(i crediti sono riconosciuti solo alle seguenti professioni: psicologi-psicoterapeuti, medici di base, psichiatri e infermieri)**

Professione (indicare con una crocetta la propria posizione)

□ libero professionista

□ dipendente

□ privo di occupazione

Se psicologi o medici indicare la propria specializzazione, regione, data e numero di iscrizione albo di appartenenza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pagamento: Il costo per chi non richiede i crediti ECM è di **€ 100.00**.

Per chi si iscrive e fa richiesta dei crediti ECM il costo è di **€ 150,00.**

Bonifico su IBAN: **IT05 J054 2415 4100 0000 0277 516**

**Banca popolare di Bari**

ed inviare via mail a [info@centro-psicologia.it](mailto:info@centro-psicologia.it) copia distinta bonifico in allegato al presente modulo

**MANIFESTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AI SENSI DELL’ART. 23 DGL 196 DEL 30 GIUGNO 2003 e DEL GDPR 2016/679**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizza, ai sensi della legge n°196/2003 e successive integrazioni e in base al GDPR 2016/679, il CPC ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale, per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge; invio di materiale e comunicazioni riguardo azioni formative.

*Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata del sottoscritto.*

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