

Inviare al numero fax **0971 / 489783** o alla mail psicologi.basilicata@tiscali.it

Il sottoscritto Nome _____ Cognome _____

Residente in Via _____ N. _____

Cap _____ Città _____ prov. _____

Tel. _____ cell _____

Email _____

nato a _____ (____) il _____

Codice Fiscale _____

chiede l'iscrizione all' ed. 1 del Convegno ECM

**” L'ICF nella riabilitazione psichiatrica:
dalla valutazione al reinserimento socio-lavorativo ”**

Sede: Ordine degli Psicologi della Basilicata – Via della chimica, 61 - POTENZA

Data inizio: sabato **7 febbraio 2015**

Professione	Specializzazione
Psicologia ☐	☐ Psicoterapia
	☐ Psicologia
Medico chirurgo ☐	(indicare specializzazione)

☐ **Dipendente** ☐ **Convenzionato** ☐ **Libero professionista** ☐ **Privo Occupazione**

Iscritto all'Ordine dei/degli

Provincia/Regione di **Nr**

Informativa sulla Privacy : i dati personali forniti verranno trattati nel rispetto e ai sensi del D.Lgs 192/2009 solo ai fini degli adempimenti relativi all'organizzazione del corso in oggetto, non saranno oggetto di diffusione ovvero comunicazione alcuna. In qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs 196/20063. Responsabile del Trattamento è l'Ordine degli Psicologi della Basilicata

Firma leggibile

.....