

Inviare al numero fax **0971 / 489783** o alla mail [psicologi.basilicata@tiscali.it](mailto: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**

## “AUDIZIONE DEL MINORE ”

**Sede: Sala Convegni dell'Ordine degli Psicologi – Via della chimica, 61- POTENZA**

**Date di svolgimento : Venerdì 24 giugno e Sabato 25 giugno 2016**

Professione	Specializzazione
Psicologia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Psicoterapia
	<input type="checkbox"/> Psicologia
Medico chirurgo <input type="checkbox"/>	(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

.....