

Inviare al numero fax **0971 / 479814** 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

“Conoscere e riconoscere i D.S.A.”

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

Date di svolgimento : Sabato 22 ottobre 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

.....