

Inviare al numero fax **0971 / 479814** 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**

## **"Identità e Sport. Processi di recovery nel gioco del calcio"**

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

**Date di svolgimento : sabato 1 dicembre 2017**

Professione	Specializzazione
Psicologa/o <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Psicoterapia
	<input type="checkbox"/> Psicologia
Medico chirurgo <input type="checkbox"/>	
Altra professione sanitaria <input type="checkbox"/>	

**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

.....