



## **Modulo di iscrizione al Corso di specializzazione ABA 2020: "CLINICA PSICODINAMICA DELL'ANORESSIA-BULIMIA, DELL'OBESITA E DELLE NUOVE DIPENDENZE "**

### **Modalità di iscrizione:**

Per iscriversi è necessario compilare il modulo che segue, e inviarlo via mail all'indirizzo [comunicazione@bulimianoressia.it](mailto:comunicazione@bulimianoressia.it) **insieme alla ricevuta di versamento di una quota pari alla metà del costo complessivo del corso.**

**Il saldo** dovrà essere versato il primo giorno del corso direttamente presso la segreteria della sede ABA (contanti o assegno). Sarà possibile iscriversi fino a esaurimento posti.

**\*Per ulteriori informazioni riguardo la modalità di pagamento contattare il n. 026597440.**

Il corso si terrà se verrà raggiunto il numero minimo di 12 partecipanti, in caso contrario l'acconto verrà interamente restituito.

### **Modalità di pagamento:**

La quota di partecipazione è di € 500 + IVA (22%) per gli studenti e di € 750 + IVA (22%) per i professionisti.

**È previsto uno sconto di 50€ in caso di iscrizione entro il 15 Novembre 2019**

Il versamento potrà essere effettuato tramite:

- bonifico bancario intestato a CENTRI ABA DE CLERCQ SRL, con le seguenti coordinate bancarie: Intesa San Paolo, IT 15 W030 6909 4771 0000 0000 830
- vaglia postale intestato alla CENTRI ABA De Clercq Srl, Via Solferino 14, 20121 Milano
- consegnato personalmente presso le nostre sedi di Milano o di Roma (contanti o assegno).

Per qualsiasi informazione potete scrivere a [comunicazione@bulimianoressia.it](mailto:comunicazione@bulimianoressia.it) o chiamare il n. 026597440.

### **Modulo di iscrizione \*Attenzione: è necessario compilare in stampatello tutti i campi**

Desidero iscrivermi al corso che si svolgerà a (indicare la sede di Milano o Roma): .....

Nome: .....

Cognome: .....

Data e luogo di nascita: .....

Codice fiscale: ..... Partita IVA .....

Indirizzo: ..... N°..... Città..... Prov..... CAP.....

Telefono..... e-mail.....

Professione.....

### **Campo obbligatorio per gli Psicologi iscritti all'Albo degli Psicologi**

Numero di iscrizione all'Albo.....Regione.....

Richiede riconoscimento crediti ECM? .....

### **Per ottenere l'accreditamento ECM è necessario partecipare all'80% delle lezioni**

Com'è venuto a conoscenza del corso?.....

Il sottoscritto (nome e cognome) ..... dichiara di dare il proprio consenso

al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs 196/2003.

Data..... Firma.....