

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Dati anagrafici

 Nome e cognome

 Residente in

 Città

 Provincia

 Indirizzo

 Via/Piazza/Viale etc

 Numero civico

 CAP

 Domiciliato in (solo se diverso dalla residenza)

 Città

 Provincia

 Indirizzo

 Via/Piazza/Viale etc

 Numero civico

 CAP

 Luogo e data di nascita

 Nata/o a (Città)

 Provincia

 Il (ggmmaa)

 Dati fiscali

 Codice Fiscale

 Partita IVA

 Recapiti

 Telefono

 Fax

 Posta elettronica

 Cellulare

IN QUALITA' DI

Professione

Laureato in

Iscritto all'Ordine della Regione / Provincia con il numero

In attesa di sostenere Esame di stato (sessione prevista)

Specializzando / Specializzato in

Altro (specificare)

Richiede crediti ECM (rilasciabili solo a psicologi, psicoterapeuti, psichiatri non in formazione permanente)

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO A

Titolo evento	Data di svolgimento	Città di svolgimento	Costo
Ciclo di incontri di supervisione	Autunno 2015	Firenze	€ 180,00 *

* è possibile suddividere il pagamento in due rate da € 90,00, la prima al momento dell'iscrizione, la seconda entro il termine del ciclo di incontri



A TAL FINE ALLEGA

- copia o autocertificazione del proprio titolo di studio
- fotocopia fronte / retro di un proprio documento di identità in corso di validità
- ricevuta di pagamento attraverso:
 - Bonifico Bancario**
Allegare ricevuta del bonifico intestato a Società di Psicoterapia Comparata s.r.l. sul conto corrente:
IT 06 S 08736 02801 000000602029 - Banca di Credito Cooperativo di Pontassieve
 - Vaglia postale**
Intestato a Società di Psicoterapia Comparata s.r.l., viale Gramsci 22 - 50132 Firenze
 - Contanti**
Presso la segreteria in orario d'ufficio (lun. - ven. 9.30 - 13.00 / 14.30 - 17.00)
 - Assegno di conto corrente bancario**
Non trasferibile intestato a Società di Psicoterapia Comparata s.r.l.

A TAL FINE DICHIARA

- di essere a conoscenza che il numero dei partecipanti è limitato e che le iscrizioni saranno accettate seguendo l'ordine cronologico di arrivo delle domande di iscrizione complete dell'attestazione dell'avvenuto pagamento, fino ad esaurimento dei posti;
- di essere a conoscenza che, qualora il numero degli iscritti a 5 (cinque) giorni dallo svolgimento dell'evento formativo risultasse non sufficiente per lo svolgimento dello stesso, l'organizzatore si riserva il diritto di posticipare la data dandone comunque preavviso agli iscritti;
- di essere a conoscenza che in caso di rinuncia da parte dell'allievo per motivi indipendenti dalla Scuola, la quota versata non verrà restituita, ma potrà essere utilizzata per la partecipazione ad altre offerte formative S.P.C.;
- di essere a conoscenza che, qualora l'evento formativo dovesse essere soppresso, la S.P.C., dandone preavviso almeno 5 (cinque) giorni prima della data prevista, offre agli iscritti la possibilità di scegliere di chiedere il rimborso della quota versata (nota di credito) o di utilizzare tale quota per la partecipazione ad altre offerte formative S.P.C.

Data

.....li,/...../.....

Firma

.....

Informiamo che ai sensi del D. Lgs. 196/03 i dati richiesti saranno utilizzati solo per i fini istituzionali previsti dallo statuto di Scuola di Psicoterapia Comparata s.r.l. e che gli interessati possono avvalersi di quanto previsto dagli artt. 7, 8, 9, 10 D. Lgs. 196/03 (Diritti dell'interessato). Il sottoscritto autorizza espressamente Scuola di Psicoterapia Comparata s.r.l. al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03

Firma

.....

Scuola di Psicoterapia Comparata		Domanda di iscrizione "Ciclo di incontri di supervisione"			
DATA I EMISSIONE	15/02/2007	DATA REVISIONE	30/01/2012	INDICE REVISIONE	Rev. 1



Scuola di Psicoterapia Comparata

Direzione
Pietro Caterini, Direttore

Recapiti
Tel. 055 2479220 Fax 055 2477263
eMail segreteria@spc.it web www.spc.it

Ente gestore
Società di Psicoterapia Comparata s.r.l.
Viale Gramsci, 22 - 50132 Firenze

P. IVA/Codice Fiscale/C.C.I.A.A.
06221190488, Firenze