

**Modulo di iscrizione al CORSO DI FORMAZIONE ABA 2023:**

“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 [d.quaglia@bulimianoressia.it](mailto:d.quaglia@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. Sarà possibile iscriversi fino a esaurimento posti.

#### \*Per ulteriori informazioni riguardo la modalità di pagamento contattare il n. 3282526325.

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

# Modalità di pagamento:

La quota di partecipazione è di € 380 + IVA (22%) ossia 463,60 € per gli studenti e di € 500 + IVA (22%) ossia 610 € per i professionisti.

Il versamento potrà essere effettuato tramite:

* + bonifico bancario intestato a CENTRI ABA DE CLERCQ SRL, con le seguenti coordinate bancarie: Intesa San Paolo, iban: **IT62V0306909483100000017848**
  + consegnato personalmente presso la nostra sede di Milano (contante, assegno o carta di credito/bancomat).

Per qualsiasi informazione potete scrivere a [ass.abaroma@gmail.com](mailto:ass.abaroma@gmail.com%20) o chiamare il n. 3282526325.

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

Desidero iscrivermi al corso che si svolgerà a Roma

Nome: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Cognome: …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Data e luogo di nascita: ……………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

Professione………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Per fatturazione indicare l’indirizzo email certificato oppure il codice SDI………………….………………………………..

#### 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’90% delle lezioni

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…………………………………….