



Form - AUPI

SOCIETÀ SCIENTIFICA

Associazione Unitaria Psicologi Italiani

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Mod. SDI

Modulistica

TITOLO CORSO: LA RELAZIONE TERAPEUTICA NEL TRATTAMENTO DELLA SINDROME DA ABBANDONO

LUOGO DI SVOLGIMENTO: Centro di Adelfia- Scoglitti, Riviera Kamarina in contrada Cammarana

DATA 09-10-11/07/2018

HO PARTECIPATO PRECEDENTEMENTE AI CORSI ECM FORM-AUPI

SI

NO

- > Il numero dei partecipanti è limitato.
 - > Le iscrizioni saranno accettate seguendo l'ordine cronologico di arrivo delle domande.
 - > Le iscrizioni si intendono perfezionate al ricevimento della scheda di iscrizione e della ricevuta dell'avvenuto pagamento che dovranno pervenire per fax al n° 06/68803822 o per mail all'indirizzo formaupi@aupi.it, almeno venti giorni prima della data di inizio del corso.
 - > Il corso sarà effettuato solo ed esclusivamente al raggiungimento del numero minimo previsto di iscritti..Form-AUPI si riserva di modificare sede, giorno e calendario dei lavori qualora dovessero verificarsi degli imprevisti.
 - > Agli iscritti verrà comunicata la conferma dell'iscrizione raggiunto il numero minimo previsto ed inviato il programma dettagliato del corso.
 - > Il corso sarà effettuato solo ed esclusivamente a raggiungimento del numero minimo di iscritti pari al 75% del numero massimo dei partecipanti previsti per il corso.
 - > I dati personali inviati saranno utilizzati a questo fine, ai fini di ricerca, elaborazione statistica e non utilizzabile da terzi. La cancellazione degli stessi può essere richiesta ai sensi della legge sulla privacy.
- Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003 autorizzo alla pubblicazione dei miei dati personali nell'applicazione ECM

Cognome* _____ Nome* _____

Data di nascita* _____ Luogo di nascita* _____ PR _____

Codice fiscale _____ Email* _____

Indirizzo di residenza* _____ Città* _____ PR _____ CAP _____

Tel/casa _____ Tel/lavoro _____ cell. _____

Titolo di studio* Diploma _____ Laurea _____

Abilitazione professionale* SI NO

Iscrizione ordine* SI NO Numero Iscrizione _____ Regione* _____

Professione* _____ Settore Attività _____

Dipendente Convenzionato Libero Professionista Privo di occupazione

Indirizzo Lavoro _____

(*campi obbligatori)

Quota di iscrizione: 180,00

Pagamento tramite:

Bonifico bancario intestato a Form-AUPI Via Arenula 16 00186 Roma

Unicredit Banca, Roma via del Corso 307

IBAN: IT97T 02008 05181 000040212247

Modalità di disdetta

E' attribuito a ciascun partecipante il diritto di recesso ai sensi dell'art. 1378 C.C., che dovrà essere comunicato con disdetta da inviare via Fax al n° 06/68803822 e potrà essere esercitato con le seguenti modalità:

Fino a 20 giorni prima dell'inizio del corso, il partecipante potrà recedere senza dovere alcun corrispettivo alla Società Scientifica, che, pertanto, provvederà al rimborso dell'intera quota versata. Oltre il termine di cui sopra e fino al giorno di svolgimento del corso, il partecipante potrà recedere pagando un corrispettivo pari al 50% della quota di iscrizione.

Dichiaro di conoscere e accettare le condizioni contrattuali di Form-AUPI

Firma

Data di compilazione ____/____/____

Via Arenula 16, 00186 Roma Tel. 066867536-fax: 0668803822

Sito web: <http://www.aupi.it> E-mail: formaupi@aupi.it