



I EDIZIONE CORSO DI FORMAZIONE ECM

**L'INTERVENTO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO
SUI DISTURBI ALIMENTARI
AD ORIENTAMENTO PSICODINAMICO**

**OTTOBRE 2017 - GENNAIO 2018
CAGLIARI**



SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ residente a _____
in via/Piazza _____ n° _____ Cap _____
C.F. _____ tel. _____ E-mail _____
Titolo di studio _____
Abilitazione _____
Iscrizione all'Albo di _____ N° _____
Professione _____
Sede di lavoro _____
Posizione lavorativa: Libero professionista Dipendente Convenzionato S.S.N.
Struttura di appartenenza _____

CHIEDE DI ISCRIVERSI AL CORSO DI FORMAZIONE ECM

“L'INTERVENTO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO SUI DISTURBI ALIMENTARI AD ORIENTAMENTO PSICODINAMICO”

Ottobre 2017 - Gennaio 2018

La presente domanda di partecipazione verrà accolta previa valutazione dei requisiti; l'accettazione verrà comunicata entro 7 giorni dalla ricezione. Per completare l'iscrizione al corso è necessario inviare la scheda di iscrizione all'APS, compilata in tutte le sue parti, a formazione@ilgestointeriore.it, versare la quota associativa di € 50,00 e la prima rata di partecipazione (acconto) € 500,00.

Il corso è aperto ad un numero massimo di 15 partecipanti; verranno ammessi i primi 15 professionisti che avranno completato l'iter di iscrizione sopra illustrato.

Il costo per la partecipazione è € 1500 + € 50 quota iscrizione all'APS. L'importo non è soggetto ad IVA in quanto l'attività è rivolta agli associati. In caso di rinuncia la quota associativa e l'acconto non sono rimborsabili. Il pagamento dovrà essere effettuato in 3 rate con le seguenti scadenze:

- 1 rata (acconto) € 500, quota associativa € 50 (iscrizione)
- 2 rata € 500 entro il 3 novembre 2017
- 3 rata € 500 entro il 15 dicembre 2017

Le rate dovranno essere versate tramite **BONIFICO BANCARIO intestato a: APS Il Gesto Interiore IBAN: IT87A0335901600100000131684**

Causale per pagamento quota associativa: quota associativa _____ (Nome e Cognome)

Causale per pagamento corso: erogazione liberale per attività scientifica dell'Associazione versato da _____ (Nome e Cognome)

N.B. La quota associativa deve essere versata con bonifico separato rispetto alle rate del Corso.

Tutte le comunicazioni verranno effettuate tramite l'indirizzo mail e/o il numero di telefono indicati nella scheda. Per informazioni contattare la segreteria organizzativa al numero 3394622967 e/o inviare una mail a formazione@ilgestointeriore.it.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle modalità di svolgimento del corso, così come illustrate nell'apposita sezione del sito www.ilgestointeriore.it, e di accettarle integralmente.

Data

Firma