



**Centro italiano di Psicoterapia  
Psicoanalitica per l'Infanzia e l'Adolescenza**

**CiPsPsia**

Via Savena Antico, 17 - Bologna  
tel 051.6240016 - fax 051.6240260  
[www.cipspsia.it](http://www.cipspsia.it)

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

### DATI ANAGRAFICI

COGNOME ..... NOME .....

NATO/A IL ..... A ..... PROV (.....)

CODICE FISCALE ..... PI .....

E-MAIL ..... TEL/CELL .....

TITOLO DI STUDIO ..... PROFESSIONE .....

### INDIRIZZO DI RESIDENZA/DOMICILIO

VIA ..... N. ....

CAP ..... COMUNE ..... PROV (.....)

### INDIRIZZO DI LAVORO

ENTE ..... TEL/FAX: .....

VIA ..... N. ....

CAP ..... COMUNE ..... PROV (.....)

### Richiesta di iscrizione al seminario

## Corso: "La Fobia della Scuola", Bologna

Allegato curriculum professionale.

Con la sottoscrizione della presente domanda, l'allievo si impegna a pagare l'intero importo dovuto per l'intero corso (2 giornate).

N.B. Dichiaro inoltre, ai sensi degli artt. 7 e 11 della legge 675/96, di essere a conoscenza delle finalità e modalità nel trattamento dei dati consapevolmente forniti e di autorizzarne l'archiviazione in banca dati.

DATA .....

FIRMA .....

### Indagine:

*"In che modo è venuto a conoscenza del c.i.Ps.Ps.i.a.?"*

- Nostro sito o nostra pagina Facebook
- Quotidiani
- Altre fonti on line. Se sì, quali? .....
- Ti ha indirizzato un conoscente/collega
- Altro .....