

SEMINARIO **Relazione genitore-bambino e cogenitorialità: dalla ricerca agli interventi clinici**

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

#### DATI ANAGRAFICI

**Cognome e Nome: Codice fiscale:**

**Luogo di nascita: Data di nascita:**

**Indirizzo: c.a.p: Città: Provincia:**

**Tel.: Cell.:**

**e-mail:**

**Si desidera fattura: si () no ( )**

**Si prega di compilare la sezione sottostante solo qualora si intenda ricevere la fattura:**

**DATI FATTURAZIONE -**Si prega di emettere la fattura\* a:

**Intestazione:**

**Indirizzo: c.a.p: Città:**

**Luogo di nascita: Data di nascita:**

**Partita Iva: Codice Fiscale:**

\*Esente da IVA ai sensi dell'art.10 comma 20 del d.p.r. 633/72 e successive modifiche

**MODALITA' DI ISCRIZIONE**

La quota di iscrizione (non è rimborsabile) è pari a:

* € 140 per entrambi i seminari (codice per causale Seminario\_Tronick\_Fivaz\_Philipp)
* € 82 per il seminario di Ed Tronick (codice per causale Seminario\_Tronick)
* € 82 per il seminario di Elisabeth Fivaz e Diane Philipp (codice per causale Seminario\_ Fivaz\_Philipp) - **€ 72** quota riservata allievi Simef o Scuole di Terapia Familiare (codice per causale Seminario\_allievi)
* € 30 per il seminario di Ed Tronick per studenti e specializzandi (codice per causale Seminario\_Tronick\_studenti)

Il pagamento della quota di iscrizione dovrà essere effettuato tramite bonifico intestato a:

**DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA DINAMICA E CLINICA – “SAPIENZA” UNIVERSITA’ DI ROMA**

**UNICREDIT BANCA DI ROMA Fil. Tesoreria Università AG.153 - Piazzale Aldo Moro, 5 - Roma IT87Q0200805227000400027337**

**Causale: UA 146\_nome del corso \_nome e cognome del partecipante**

**2)** effettuato il pagamento, il partecipante dovrà inviare copia del bonifico (l’originale da consegnare il loco) e la presente scheda di iscrizione debitamente compilata e firmata entro il 20/03/2017 all’indirizzo email: [federica.graziosi@uniroma1.it](mailto:federica.graziosi@uniroma1.it)

### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

***Il sottoscritto, partecipante al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in oggetto, autorizza il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica della “Sapienza” Università di Roma, al trattamento dei dati personali in conformità e nei limiti della L. 31/12/96 n. 675 e successive modifiche sino a revoca scritta.***

**Luogo: data FIRMA:**