



SCHEDA D'ISCRIZIONE

ADOLESCENZA, CINEMA E PSICOANALISI

Sabato 15 febbraio 2014

Cinema Farnese - Piazza Campo de' Fiori, 56 Roma

* **Cognome:**

* **Nome:**

* **C.F.:**

Via:

CAP:

Città:

Tel.:

Cell.:

E-mail:

* **Professione:** Medico Psicologo Studente Specializzando altro

Crediti ECM ? si no

* **compilazione obbligatoria per l'ottenimento dei crediti ECM**

Chi ti ha informato di questo evento ?

La scheda compilata in stampatello e va rinviata al seguente indirizzo e-mail:
arpad.nov@tiscali.it oppure via fax al numero 06.8417055.

Grazie,

La Segreteria dell'ARPAd,
Ombretta Gambacurta