



Per info e prenotazioni CENTRO ASCOLTO PSICOLOGI ASSOCIATI TEL +39 0815020049  
EMAIL [centroascoltoform@libero.it](mailto:centroascoltoform@libero.it)

## LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO STRESS LAVORO- CORRELATO: MODELLI E STRUMENTI DI INTERVENTO (RES + FAD CON EBOOK)

54 crediti ECM per Psicologi, Psicoterapeuti, Medici del Lavoro

**Aversa (CE) 27-28/10/2017**

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_ Numero iscrizione albo \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Numero Civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città (PR) \_\_\_\_\_  
Tel/Cell \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita Iva \_\_\_\_\_  
Inquadramento Professionale (crocetta su scelta) Libero Professionista  Dipendente  Convenzionato   
Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Si allega ricevuta di bonifico bancario di Euro 488,00 (400,00 + 22% IVA) a favore del Centro Ascolto  
– Codice IBAN IT93F0101074790100000007623**

**Coloro che fossero interessati a partecipare all'Evento in qualità di Uditore (senza rilascio crediti  
ECM) sono tenuti a versare quota Euro 244,00 (200,00 + 22% IVA)**

**Il corso verrà attivato al raggiungimento del numero minimo di 15 iscritti.**

**La presente scheda di iscrizione, compilata in ogni sua parte, e la ricevuta di pagamento  
vanno inviate via fax o e-mail ai seguenti riferimenti:**

**Centro Ascolto Psicologi Associati, Via Michelangelo 44, 81031, Aversa (CE)  
Tel/fax 0815020049  
e-mail [centroascoltoform@libero.it](mailto:centroascoltoform@libero.it)**

**Per informazioni:  
+39 3383816419**

anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione dei dati o opporsi per motivi legittimi allo stesso trattamento dei propri dati personali scrivendo a [sogeshrs@tiscali.it](mailto:sogeshrs@tiscali.it).