**CORSO DI ALTA FORMAZIONE IN RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE**

**21febbraio al 03 ottobre 2015**

**Istituto di Psicoterapia METAFORA sede di Bari**

Si prega di compilare in modo leggibile ed in ogni parte!

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CODICE FISCALE: |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| COGNOME: |   |   | NOME: |   |   |   |
| NATO A |   |   | IL |   |   |   |
| CITTA' LAVORATIVA: |   |  PROVINCIA: |  |   | CAP: |   |
| CELL: |   |   | E-MAIL: |   |   |   |
| PARTITA IVA: |  |  |   |   |   |   |
| DISCIPLINA DI RIFERIMENTO: | MEDICI | □ MEDICINA GENERALE □ PSICHIATRI □ NEUROPSICHIATRI INFANTILI  |
| □ PSICOLOGI (PSICOTERAPEUTI) □ EDUCATORI PROFESSIONALI |
| □ TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA □ ASSISTENTI SOCIALI |

**QUOTA DI ISCRIZIONE**

|  |
| --- |
| □ € 450,00 |
|  |
|  |

*Le domande dovranno essere inoltrate alla Segreteria Organizzativa entro il 31 Gennaio a mezzo fax al n. 080 5743422 oppure a mezzo e-mail all’indirizzo* *bari@istitutometafora.it* *Qualora si sia raggiunto il numero massimo di partecipanti previsto verrà fornita comunicazione all’interessato.*

 *Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*