**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*](mailto:bari@istitutometafora.it) *Qualora si sia raggiunto il numero massimo di partecipanti previsto verrà fornita comunicazione all’interessato.*

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