

**COGNITIVE REMEDIATION THERAPY in Eating Disorders**  
**Mediateca c/a Officine Cantelmo, LECCE • 13/14 aprile 2018**  
**Corte dei Mesagnesi, 30, 73100 Lecce - LE**

EVENTO ECM N.1103-224640 / Ed.1 • N. 26,7 Crediti • ACCREDITATO per MEDICO CHIRURGO – NEUROPSICHIATRIA INFANTILE; PSICHIATRIA; PSICOTERAPIA; CONTINUITÀ ASSISTENZIALE; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA); SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA • PSICOLOGO – PSICOLOGIA, PSICOTERAPIA • TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA • EDUCATORE PROFESSIONALE

**SCHEDA DI ISCRIZIONE da inviare compilata esclusivamente in formato elettronico  
via email: iscrizioni@pensa-differente.it**

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome ..... Nome .....

Nato/a ..... Prov..... il .....

Titolo di studio ..... Professione .....

Codice Fiscale ..... Partita Iva.....

E-mail .....Tel/cell .....

**INDIRIZZO DI RESIDENZA**

Via ..... N° ..... Tel .....

Comune ..... Prov..... CAP.....

**INDIRIZZO DI LAVORO**

Ente.....

Posizione lavorativa..... N. Iscrizione Ordine.....

Via ..... N° .....

Comune ..... Prov..... CAP.....

**DESIDERO ACQUISIRE I CREDITI ECM SI\_\_\_ NO\_\_\_**

**La quota di iscrizione è di € 120,00 da versare con bonifico bancario a:**

**ONLUS Salomè**

**Monte dei Paschi di Siena - Agenzia bancaria: Lecce AG. 4 - 9704**

**Causale versamento: ISCRIZIONE COGNITIVE REMEDIATION THERAPY IN EATING DISORDERS**

**CODICE IBAN: IT 41 G 01030 16009 000000158564**

**LA RICEVUTA DEL BONIFICO VA INVIATA UNITAMENTE ALLA PRESENTE SCHEDA COMPILATA**

**AUTORIZZO ALL'UTILIZZO DEI DATI PERSONALI, con riferimento al DLGS 196/2003 e successive modifiche.**

**Data..... Firma .....**