

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Convegno: ATTACCAMENTO E STORIA EVOLUTIVA

Varese, 3 dicembre 2010 *Centro Congressi Ville Ponti, P.le Litta, 2*

Cognome.....
Nome.....
Data di nascita.....
Luogo di nascita.....
CF:.....
Professione:.....
Laurea in:.....
Specialista in
Cellulare:.....
Iscritto all'Ordine di:.....N°.....
ABITAZIONE
Indirizzo:.....
città:.....CAP:Provincia: (.....)
Tel:Fax:.....
SEDE DI LAVORO
Istituzione:.....
Studio privato:.....
Indirizzo:.....
Città:.....CAP:Provincia: (.....)
Tel:Fax:.....

QUOTA DI ISCRIZIONE

Per motivi organizzativi si preferisce che le iscrizioni vengano effettuate PRIMA della data del Convegno

- € 100 + IVA (€ 120) (socio SITCC, ASCo, Associazione Progetto Panda ONLUS) (in sede possibilità di pagamento quote associative 2010)
- € 120 + IVA (€ 144) (non socio)
- € 50 + IVA (€ 60) studente (richiesta documento di iscrizione alla Scuola)
- gratuito (studente del Centro di Terapia Cognitiva di Como)
Sarà possibile comunque effettuare l'iscrizione in sede (aumentata del 10%)

La quota di iscrizione è comprensiva di: badge personalizzato per accesso ai lavori, cartellina congressuale, attestato di partecipazione, attestato ECM per gli aventi diritto, 2 coffee-break, 1 pranzo.

MODALITÀ DI PAGAMENTO. Bonifico Bancario intestato a: Centro di Terapia Cognitiva, Via Rusconi 10, 22100 COMO
IBAN: IT 85 J 02008 10900 000100318090
specificando nella causale "iscrizione al Convegno di Varese, 3 dicembre 2010".

L'Organizzazione ha in progetto di pubblicare i lavori presentati in sede del Convegno sotto forma di volume. Si chiede, a chi desiderasse riceverlo a prezzo scontato, di prenotarlo qui di seguito:

sì, desidero prenotare il volume che conterrà i lavori presentati al Convegno "Attaccamento E Storia Evolutiva".

Firma _____

CONSENSO DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto.....
Pienamente informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 con la firma della presente scheda esprimo, ove occorresse, il consenso ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 196/2003 al trattamento dei miei dati personali in conformità per le sole modalità indicate nell'informativa resami.

Luogo e data:.....

Firma:.....

Scelta Workshop

(da indicare in ordine di preferenza):

- W 1.** A. PELLAI. Cosa c'è nella mente dei neo padri? Chi ha in mente i neo padri?
- W 2.** E. IACCHIA, F. BELLORINI. Attaccamento e lavoro clinico con i minori: le paure dei bambini.
- W 3.** M. MATTEI. Attaccamento e lavoro clinico con gli adolescenti.
- W 4.** R.B. ARDITO. La misurazione dell'Attaccamento nell'adulto: l'Adult Attachment Interview.
- W 5.** S. RINALDI, D. BERTAMINI, M. ZACCAGNINO. Attaccamento e storie di mamme.
- W 6.** S. BENNARDO, G. TINELLI. Attaccamento e cure palliative: la fine della vita.

L'ASSEGNAZIONE AI WORKSHOP PRESCELTI AVVERRÀ' IN BASE AI TEMPI DI ISCRIZIONE

La scheda compilata in ogni sua parte è da inviare alla Segreteria Organizzativa del Convegno:

Spazio Ascolto di Via Bagaini al 9,

Via Bagaini, 9 21100 Varese
fax: 0332. 281561 cell. 347.2427287 e-mail: spazioinviabagaini9@libero.it

PER ULTERIORI INFORMAZIONI:

Responsabile Medico Scientifico dell'evento: Dott.ssa Silvia Rinaldi

Equipe di Panda Varese: Dott.ssa Daniela Bertamini, Dott.ssa Francesca Bellorini, Dott.ssa Maria Zaccagnino,
Dott.ssa Alessandra Talamona, Dott.ssa Paola Fidanza, Dott.ssa Cristina Mastronardi, Dott.ssa Cecilia Rassiga,
Dott.ssa Daniela Lombardo, Dott.ssa Sara Zanini, Dott.ssa Silvia Pucci