



SCHEDA D'ISCRIZIONE

ADOLESCENTI BORDERLINE. ALLA RICERCA DEL SENSO PERDUTO

Venerdì 15 maggio 2015

Teatro Arcobaleno - Via Francesco Redi, 1/a - Roma

* **Cognome:**

* **Nome:**

* **C.F.:**

Via:

CAP:

Città:

Tel.:

Cell.:

E-mail:

* **Professione:** Medico Psicologo Studente Specializzando altro

Crediti ECM ? si no

* **compilazione obbligatoria per l'ottenimento dei crediti ECM ed emissione fattura.**

Chi l'ha informata di questo evento ?

La scheda compilata in stampatello va rinviata al seguente indirizzo e-mail:
arpad@associazionearpad.it oppure via fax al numero 06.8417055.

Grazie,

La Segreteria dell'ARPAd

Ombretta Gambacurta