

Da compilare in stampatello e inviare unitamente al pagamento a:  
**Centro Milanese di Psicoanalisi**  
**Fax 02 5512832 | E-mail amministrazione@cmp-spiweb.it**  
**entro e non oltre il giovedì precedente il primo incontro scelto**

Sono interessato a partecipare ai seguenti incontri\*

- 1** CONTINUARE A IMPARARE LA PSICOANALISI (sabato 18 gennaio 2020)
- 2** NON E' SOLO UNA QUESTIONE DI FEDE (sabato ~~14 marzo 2020~~ **rinvio a 3 ottobre 2020** )
- 3** AL DI LA' DELL'INTERPRETAZIONE (sabato 16 maggio 2020)
- 4** MATURITA' AFFETTIVA E RESPONSABILITA' SOCIALE (sabato 13 giugno 2020)
- 5** IL SOGNO COME CURA DELLA MENTE (sabato 19 settembre 2020)
- 6** IL GENERAZIONALE NEL MODELLO PSICOANALITICO DI COPPIA E DI FAMIGLIA (sabato 28 novembre 2020)
- Tutti gli incontri** (sabati 18/01, ~~14/03~~, 16/05, 13/06, 19/09, **03/10**, 28/11)

\* La partecipazione è subordinata ai posti disponibili; per la priorità fa fede LA DATA DEL VERSAMENTO (le schede senza l'attestato di versamento non saranno prese in considerazione).

**DATI PERSONALI**

Cognome ..... Nome .....  
 Indirizzo ..... Cap.....  
 Città ..... Provincia .....  
 Telefono ..... e-mail .....

Partita IVA ..... Codice Fiscale.....  
 Obbligatorio per soggetti IVA Obbligatorio

Per ricevere le fatture elettroniche indicare:

Codice destinatario ..... oppure PEC.....

**DATI DI FATTURAZIONE - da compilare solo se diversi da DATI PERSONALI**

Intestazione.....  
 Indirizzo..... Cap.....  
 Città..... Provincia.....  
 Partita IVA ..... Codice fiscale.....  
 obbligatorio per i soggetti IVA Obbligatorio

Per ricevere le fatture elettroniche indicare:

Codice destinatario ..... oppure PEC.....

**DATI per ACCREDITAMENTO ECM**

Si richiede accreditamento  NO ;  SI' per la seguente professione  
 MEDICO disciplina  Psichiatria  Psicoterapia  Neuropsichiatria Infantile  altro.....  
 PSICOLOGO disciplina  Psicologia Clinica  Psicoterapia  altro .....

**QUOTE D'ISCRIZIONE (IVA compresa)**

**Singolo incontro 60,00 € Tutti gli incontri 300,00 €**

Ho contrassegnato per l'iscrizione n°..... incontri, per un importo totale di ..... €  
Indicare quanti incontri sono stati scelti

**PRIVACY** Ai sensi della Legge 196/2003 sulla privacy, come modificata dal regolamento Europeo 679/2016 e decreto legislativo 101/2018, si specifica che i dati comunicati verranno utilizzati per uso interno, per l'invio di materiale informativo aggiornato sulle attività del Centro Milanese di Psicoanalisi e non verranno divulgati a soggetti terzi diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti. In base all'articolo 7 del citato D.L.gvo 196/2003 i dati potranno essere cancellati o modificati scrivendo al responsabile del trattamento Dott. Giuseppe Sabucco, utilizzando l'indirizzo e-mail [esecutivo@cmp-spiweb.it](mailto:esecutivo@cmp-spiweb.it)

Acconto al trattamento dei dati come indicato (consenso obbligatorio ai fini dell'iscrizione)

Data ..... firma .....

**ALLEGARE ALLA PRESENTE SCHEDA DI ISCRIZIONE** (barrare una casella per indicare la modalità scelta)

- Copia del bonifico effettuato in favore di Centro Milanese di Psicoanalisi  
**IBAN: IT37P0200801625000102550379**  
 Banca UNICREDIT, Ag. Milano Porta Vittoria  
 Causale: **Cognome Nome partecipante + numero/i corrispondenti agli incontri scelti**
- Assegno bancario non trasferibile n°..... Banca.....  
 intestato a Centro Milanese di Psicoanalisi;  
 (in questo caso, si prega di effettuare l'iscrizione recandosi presso la segreteria del CMP in via Corridoni 38 a Milano)