

## Scheda di iscrizione

nome e cognome.....

.....

luogo e data di nascita.....

.....

indirizzo.....

comune..... prov..... cap.....

codice fiscale .....

P. IVA.....

tel./fax/ e-mail.....

.....

laurea in.....

iscritto all'albo professionale.....

professione:

- psicologo
- medico psichiatra
- medico neuropsichiatra infantile
- medico psicoterapeuta
- partecipante escluso dall'obbligo dei crediti

Ai sensi del D. Lgs 196/2003, autorizzo il trattamento dei miei dati personali al fine di formalizzare i rapporti professionali, oltre che per la gestione di comunicazioni a carattere organizzativo e informativo. Tali dati potranno essere consultati, modificati o cancellati in qualsiasi momento scrivendo alla segreteria di "Convergenze".

Data..... Firma.....

Da rendere compilata con copia del bollettino postale o del bonifico, per fax o posta ordinaria (Convergenze - via Galvani, 119 - 37138 VR), entro il 18/03/2010.



SEMINARIO

*L'analisi del significato del trauma  
nel bambino e nell'adulto,  
con l'ausilio della Sandplay Therapy e  
dell'interpretazione dei sogni*

SABATO  
20 MARZO 2010  
ORE 9.00 – 14.15

**Hotel Leopardi**  
**Via Leopardi 16 - Verona**

ASSOCIAZIONE CONVERGENZE  
e  
SIMP SEZIONE SCALIGERA  
VIA GALVANI, 119 – 37138 VERONA  
www.convergenze.net  
segreteria organizzativa  
Monica Montini  
telefono 045 834.51.31 – fax 045 97.58.00  
e-mail: info@convergenze.net

SONO STATI RICHIESTI ALLA COMMISSIONE REGIONALE I CREDITI ECM PER LE  
FIGURE PROFESSIONALI DI PSICOLOGO E DI MEDICO CHIRURGO DELLE DISCIPLINE DI  
PSICHIATRIA, NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E PSICOTERAPIA