



VI CONVEGNO ASCo

**RESIDENZIALITÀ E PERCORSI TERAPEUTICI CON  
I “PAZIENTI DIFFICILI”**

***SCHEDA DI ISCRIZIONE***

Al fine di effettuare l'iscrizione al VI Convegno ASCo *Residenzialità e Percorsi Terapeutici con i “Pazienti Difficili”*, Le chiediamo di inviare la presente scheda debitamente compilata - mezzo posta o fax - **entro il 25 Settembre 2004** al seguente indirizzo: Accademia di Scienze Cognitive, via Porlezza, 16 – 20123 Milano. Fax +39 02 8056402.

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza: \_\_\_\_\_

Confermo la mia partecipazione al Convegno *Residenzialità e Percorsi Terapeutici con i “Pazienti Difficili”* e allego copia del bonifico bancario relativa alla quota di partecipazione.

Data

Firma

Desidero fattura

SI

NO

(barrare la risposta con una croce)

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui all'art. 10 della legge 675/96, ai sensi della legge stessa, conferisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le informazioni indispensabili relative al convegno in oggetto e per farmi pervenire informazioni su iniziative future.

Data

Firma