

AISTED

Associazione Italiana per lo Studio del Trauma E della Dissociazione

Modulo di iscrizione

(da inviare via mail all'indirizzo segretario@aisted.it unitamente a copia del bonifico della quota annuale di Euro 40,00 a favore di AISTED, c/c 144 presso UBI Banca, Filiale 5542, via Buonarroti 22 - 20145 Milano IT 41 K 03111 01616 0000 0000 0144)

Tutti i campi contrassegnati con * sono obbligatori

Dati anagrafici e professionali

Cognome *:	<input type="text"/>	Nome *:	<input type="text"/>
Indirizzo *:	<input type="text"/>	CAP *:	<input type="text"/>
Città *:	<input type="text"/>	Provincia *:	<input type="text"/>
Email *:	<input type="text"/>	PEC *:	<input type="text"/>
Cellulare *:	<input type="text"/>	Telefono:	<input type="text"/>
Luogo di Nascita *:	<input type="text"/>	Data di nascita *:	<input type="text"/>
Codice Fiscale *:	<input type="text"/>	Partita IVA *:	<input type="text"/>
Qualifica professionale *:	<input type="text"/>		
Ordine di appartenenza *:	<input type="text"/>	No. Iscr. Ordine *:	<input type="text"/>
Luogo di esercizio della professione *:	<input type="text"/>		
Ente o Società di appartenenza (se applicabile)	<input type="text"/>		

Già iscritto ad ESTD (European Society for Trauma & Dissociation) Sì No (barrare la casella appropriata)
L'associazione a AISTED prevede la contemporanea iscrizione alla Società europea. In caso di risposta affermativa allegare copia del bonifico a favore di ESTD.

Altre informazioni

Eventuale iscrizione ad altre associazioni/enti/organizzazioni del Trauma (specificare)

Aree di competenza e di attività professionale (specificare ad es.: adulti, bambini/adolescenti, coppie, altro)

Indicare in quali Gruppi di lavoro di AISTED si intende essere coinvolti tra quelli sotto indicati:

Infanzia e adolescenza	<input type="checkbox"/>	Servizi salute mentale pubblici	<input type="checkbox"/>
Ricerca e Università	<input type="checkbox"/>	Area forense	<input type="checkbox"/>
Comunicazioni e web	<input type="checkbox"/>	Integrazione degli approcci bottom-up	<input type="checkbox"/>

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali secondo quanto prescritto dal D.Lgs. 196/2003. Valendomi delle disposizioni di cui all'articolo 46 del DPR n°445 del 28/12/2000, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal Codice penale e dalle Leggi speciali in materia, dichiaro che le informazioni contenute nel presente Modulo di Iscrizione corrispondono a verità.

Luogo e data _____

Firma _____