

**SCHEDA D’ ISCRIZIONE**

**CORSO ALTA FORMAZIONE ARPAd 2019/2020**

**GRUPPALITA’ PRIMARIA**

**LA FAMIGLIA E LA COPPIA ALLA PROVA**

**DELL’ADOLESCENZA**

***Nome:***

***Cognome:***

***C.F.: P.IVA***

***Via:***

***CAP: Città:***

***Tel.: Cell.***

***e-mail:***

***Professione:***

* *Medico*
* *Psicologo*
* *Studente*
* *Assistente sociale*
* *Educatore*
* *Specializzando*
* *altro*

Chi l’ha informata di questo Corso di Alta Formazione ?

……………………………………………………

*La scheda va inviata al seguente indirizzo e-mail:* [*arpad@associazionearpad.it*](mailto:arpad@associazionearpad.it)

*oppure via fax al numero 06.8417055.*

La Segreteria dell’ARPAd

*Ombretta Gambacurta*

[*www.associazionearpad.it*](http://www.associazionearpad.it)