

**SCHEDA ISCRIZIONE**

**SEMINARIO CLINICO ANNUALE CORSO ARPAd A.A. 2017/2018**

**e**

**OPEN DAY**

**Sabato, 6 Ottobre 2018 – ore 13.00**

**Cooperativa Rifornimento in volo - Via Lucca 19/21 a Roma**

***Nome:***

***Cognome:***

***Cell.***

***e-mail:***

***Professione:***

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

Chi l’ha informata di questo evento?

………………………………………………………………………………………………………………

*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)

**Informazioni:**

ARPAd, Via Ombrone 14 00198 – Roma, Tel e Fax: 06.8417055

E-mail: [arpad@associazionearpad.it](mailto:arpad@associazionearpad.it) **-** Sito: [www.associazionearpad.it](http://www.associazionearpad.it)

*I dati raccolti verranno utilizzati nell'assoluto rispetto della normativa prevista dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e verranno utilizzati esclusivamente dall'ARPAd per i propri fini istituzionali (attività di istruzione, formazione, ricerca….), senza fini di lucro. I dati stessi non verranno ceduti a nessuno.*