



FIDA
IL CORPO SPECCHIO

CORSO DI FORMAZIONE SUI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

MODULO DI ISCRIZIONE

Nome _____ Cognome _____

Data e luogo di nascita _____

Indirizzo _____ CAP _____

Città _____ Provincia _____

Telefono _____ E-Mail _____

Cod. Fiscale _____

Professione _____

Struttura di Appartenenza _____

Modulo/i al/ai quale/i si desidera partecipare:

- 1° MODULO 28 marzo
I disturbi del comportamento alimentare nella pratica clinica

- 2° MODULO 16 maggio
I disturbi del comportamento alimentare nell'infanzia

- 3° MODULO 13 giugno
Il lavoro con i familiari e il lavoro in equipe

Data _____

Firma per consenso al trattamento dei
dati personali ai sensi della Legge 31.12.1996 n.675 _____