

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Compilare la scheda in ogni sua parte e inviarla con copia bonifico bancario al seguente indirizzo:

**Segreteria Scientifica del III Congresso Nazionale GRP 2006**

Viale Europa, 115 - 47123 Cesena (FC) Fax 0547 338503

e-mail: grp2006@psice.unibo.it

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

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ P.IVA/C.F. \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ Anno Laurea \_\_\_\_\_

N° iscrizione Ordine Psicologi/Medici \_\_\_\_\_

Ente/Istituzione d'appartenenza \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ P.IVA/C.F. \_\_\_\_\_

### Modalità di pagamento

Bonifico bancario intestato a: Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

UNICREDIT Banca S.p.A. Ag. 49 Irnerio

c/c n. 00003118198

ABI 02008

CAB 02434

CIN EUR 18

CIN V

Causale: quota iscrizione al III Congresso Nazionale GRP 2006

### Fatturazione

Si richiede emissione fattura intestata a:

Me stesso  Ente  Altro \_\_\_\_\_

### ALTRE INFORMAZIONI

• **Interesse per i crediti ECM**

Sì  No

Se Sì, specificare la professione \_\_\_\_\_

• **Ho inviato via e-mail alla Segreteria Scientifica un abstract per la partecipazione alla sessione poster**

Sì  No

Se Sì, in qualità di  Primo autore  Co-autore

Abstract dal titolo \_\_\_\_\_

• **Autorizzo ad inserire il mio indirizzo di posta elettronica nel libro degli abstract**

Sì  No

• **Desidero ricevere informazioni sugli alberghi convenzionati**

(verrete ricontattati dalla Segreteria Organizzativa)

Sì  No

Se Sì, hotel  4 stelle  3 stelle  B&B, Agriturismo

In camera  Singola  Doppia

• **Interesse per partecipare alla cena sociale**

(quota di partecipazione indicativa € 30-40)

Sì  No

Informativa sulla privacy ai sensi dell'art. 13 del d.lgs 196/03

I dati indicati nella presente scheda saranno oggetto di trattamenti informatici o cartacei nel rispetto della normativa vigente esclusivamente per dare corso all'iscrizione a tutti i Congressi del Gruppo per la Ricerca in Psicomatica (compresi i relativi adempimenti amministrativi ed organizzativi). È esclusa la comunicazione e la diffusione a terzi, salvo che la comunicazione sia strettamente necessaria rispetto al completamento del trattamento per le finalità già indicate. I diritti dell'interessato (correzione, cancellazione e aggiornamento) potranno essere esercitati direttamente presso il titolare tramite telefono o fax. Il conferimento dei dati è facoltativo: in mancanza di essi, non si potrà dare corso all'iscrizione e alla richiesta crediti ECM. Titolari del trattamento dei dati saranno la Segreteria Scientifica (Facoltà di Psicologia - Università degli Studi di Bologna - Viale Europa, 115 - 47123 Cesena FC) e la Segreteria Organizzativa (OSC Healthcare srl - Via Santo Stefano, 6 - 40125 Bologna - Responsabile nominato Dr Domenico Tiso).

Prendo atto dell'informativa di cui sopra, acconsento al trattamento dei dati forniti nei termini sopra indicati.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_