***Modulo di Iscrizione* al gruppo di supervisione avanzata - Cagliari 2017**

**Condizioni per aderire al gruppo di supervisione avanzata:**

→il gruppo di supervisione si terrà una mezza giornata al mese, a partire da gennaio 2017.

→Il costo è di 60 euro a persona per ciascun incontro di mezza giornata per i soci IRPIR e di 80 euro per i non soci.

→L’adesione al gruppo di supervisione implica l’accettazione di un pacchetto di incontri da Gennaio a Dicembre 2017.

→Il pagamento va effettuato anticipatamente, ogni tre mesi: entro fine Gennaio 2017 per i primi tre incontri ed entro fine Aprile 2017, per il secondo trimestre; entro fine Settembre 2017, per la partecipazione agli incontri di settembre, ottobre, novembre e dicembre.

→Il pagamento va effettuato tramite bonifico sul C/C bancario dell’Istituto Banca Prossima, intestato a Istituto Di Ricerca Sui Processi Intrapsichici, Numero Conto: 1000122959, IBAN: IT73G0335901600100000122959, BIC: BCITITMX, Piazza Ateneo Salesiano 1, 00139 Roma (causale: supervisione avanzata Cagliari 2017).

**Calendario provvisorio degli incontri predisposti per il 2017:**

20-21 Gennaio, 17-18 Febbraio, 17-18 marzo, 21-22 aprile, 19-20 maggio, 9-10 giugno, 22-23 settembre, 20-21 ottobre, 24-25 novembre, 15-16 dicembre. Il calendario definitivo potrà subire alcune variazioni relativamente al numero di iscritti totalizzato.

.

**Nome e Cognome:........................................................................................................................**

**Indirizzo:........................................................................................................................................**

**E-Mail: ......................................................................................................................................................**

**Telefono:.......................................................................................................................................**

**Anno di specializzazione:...............................................................................................................**

**Scuola di Specializzazione……………………………………………………………………………………………….**

**Professione:...................................................................................................................................**

**Preferenza giorno di svolgimento dell’incontro: Venerdì [ ] Sabato [ ]**

**Data:…………………………………………………………………………………………………………………………**