***Modulo di Iscrizione* al gruppo di supervisione avanzata – Cagliari 2018**

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

→il gruppo di supervisione si terrà una mezza giornata al mese, a partire da gennaio 2018.

→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 2018.

→Il pagamento va effettuato anticipatamente, ogni tre mesi: entro fine Gennaio 2018 per i primi tre incontri ed entro fine Aprile 2018, per il secondo trimestre; entro fine Settembre 2018, 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 2018).

**Calendario provvisorio degli incontri predisposti per il 2018:**

19-20 Gennaio, 2-3 Febbraio, 16-17 Febbraio, 23-25 marzo, 20-21 aprile, 25-26 maggio, 15-16 giugno, 21-22 settembre, 26-27 ottobre, 23-24 novembre, 14-15 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 [ ]**

**Ti chiediamo di esprimere il tuo interesse a ricevere eventuali crediti ECM: SI [ ] NO [ ]**

**Data:……………………… Firma…………………………………………….**