



Modulo di iscrizione alla Scuola di Formazione in Psicoanalisi

COGNOME :

NOME :

DATA E LUOGO DI NASCITA :

INDIRIZZO :

TEL :

E-MAIL :

Intendo iscrivermi ai seguenti seminari (barrare le rispettive caselle):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 24/25 Ottobre 2009 | <input type="checkbox"/> 9/10 Gennaio 2010 | <input type="checkbox"/> 17/18 Aprile 2010 |
| <input type="checkbox"/> 27/28 Novembre 2009 | <input type="checkbox"/> 20/21 Febbraio 2010 | <input type="checkbox"/> 15/16 Maggio 2010 |
| <input type="checkbox"/> 12/13 Dicembre. 2009 | <input type="checkbox"/> 27/28 Marzo 2010 | <input type="checkbox"/> 29/30 maggio 2010 |

Data e Firma :

PER INFORMAZIONI SULLE TARIFFE DEI SINGOLI SEMINARI E DELL'INTERO CORSO:

TELEFONARE AL 347/4339549 O AL 349/2207604

DALLE ORE 17.00 ALLE ORE 19.00

DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ

RISPEDIRE IL MODULO COMPILATO ALL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA: aepsi@libero.it

SITO WEB: www.aepsi.it