



SOCIETÀ  
ITALIANA  
DI PSICHIATRIA  
Sezione Piemonte e Valle d'Aosta

GIORNATA DI STUDIO

# PSICOPATOLOGIA DEL TRAUMA: DALLA DIAGNOSI AL TRATTAMENTO

**Torino, 8 ottobre 2019**

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare, entro il **27 settembre 2019 (fino ad esaurimento posti)**, via e-mail o via fax, a:

Stilema S.r.l. - Via Cavour, 19 - 10123 Torino

Tel. 011 5624259 - Fax 011 534409

e-mail: [organizzazione@stilema-to.it](mailto:organizzazione@stilema-to.it) - [www.stilema-ecm.it](http://www.stilema-ecm.it)

Nome\* \_\_\_\_\_

Cognome\* \_\_\_\_\_

Codice Fiscale\* \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita\* \_\_\_\_\_

Professione\* \_\_\_\_\_

Disciplina\* \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Dipendente/  Libero professionista (barrare la voce desiderata)\* \_\_\_\_\_

Ente/Ospedale/Università \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

e-mail\* \_\_\_\_\_

\*dati obbligatori per l'ottenimento dei crediti ECM

Con riferimento al GDPR – Reg. (UE) 2016/679 sulla privacy, i dati personali raccolti attraverso la registrazione saranno utilizzati per lo svolgimento dell'evento organizzato da Stilema srl. I dati saranno condivisi con i nostri diretti consulenti e partner professionali per la redazione di stampati e con agenzie di viaggio e hotel per le prenotazioni alberghiere. La non accettazione implica che non sarà possibile procedere con la sua iscrizione all'evento in oggetto. I suoi dati saranno conservati da Stilema srl; in ogni momento potrà esercitare i suoi diritti (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, portabilità, opposizione, assenza di processi di decisione automatici) quanto previsto nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi degli artt. dal 15 al 22 del GDPR; proporre reclamo al Garante ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)); e qualora il trattamento si basi sul consenso, revocare tale consenso prestato, tenuto conto che la revoca non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. I suoi dati saranno usati anche per inviare notizie o altre informazioni relative a futuri eventi. Se non lo desidera, la invitiamo a scriverci all'indirizzo [info@stilema-to.it](mailto:info@stilema-to.it)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## ISCRIZIONE (fino ad esaurimento posti)

- |                          |  |            |
|--------------------------|--|------------|
| <input type="checkbox"/> | Soci SIPPieVA*, studenti, specializzandi | gratuita   |
| <input type="checkbox"/> | Non soci medici e psicologi **           | 50,00 euro |
| <input type="checkbox"/> | Tutte le altre professioni sanitarie     | 20,00 euro |

\* In regola con il pagamento della quota annuale 2019

\*\* L'iscrizione sarà considerata valida solo al ricevimento del pagamento

## DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione sociale/Nome Cognome\* \_\_\_\_\_

Indirizzo\* \_\_\_\_\_

CAP\* \_\_\_\_\_

Città\* \_\_\_\_\_

Prov.\* \_\_\_\_\_

P. IVA\* \_\_\_\_\_

Codice Fiscale\* \_\_\_\_\_

Tel.\* \_\_\_\_\_

Fax\* \_\_\_\_\_

e-mail\* \_\_\_\_\_

\* Dati obbligatori

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Bonifico bancario a favore di Stilema s.r.l.  
Banca Regionale Europea IBAN IT2800311101008000000021172  
(copia del bonifico dovrà essere allegata alla scheda di iscrizione)

- Carta di credito:  Visa  Master Card

Numero \_\_\_\_\_

Codice CCV \_\_\_\_\_

Data di scadenza (mese e anno) \_\_\_\_\_

Nome del titolare \_\_\_\_\_

Autorizzo l'addebito della mia carta di credito  
per l'importo di Euro \_\_\_\_\_

Firma del titolare \_\_\_\_\_