



S.I.P.Ped. - Società Italiana di Psicologia Pediatrica

MODULO DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO

Nome: _____;

Cognome: _____;

Data e Luogo di nascita: _____;

Affiliazione: _____;

Qualifica Professionale:

- Pediatra Neonatologo Ginecologo Ortopedico pediatria
- Neuropsichiatra infantile Psicologo/Psicoterapeuta Assistente sociale
- Educatore Infermiere Ostetrico

Richiesta di ECM:

- Sì No

La Segreteria organizzativa