

**Al Presidente della  
ASSOCIAZIONE ITALIANA PER L'INDIVIDUAZIONE E L'INTERVENTO PRECOCE  
NELLE PSICOSI (AIPP)**

**Richiesta di iscrizione alla AIPP**

*(indicare l'indirizzo preferito per ricevere la corrispondenza)*

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo di lavoro \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo di casa: via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Titolo di studio e specializzazioni: \_\_\_\_\_

Qualifica professionale e funzioni: \_\_\_\_\_

Curriculum vitae \_\_\_\_\_

Ai sensi della legge 675/96 (*Tutela della riservatezza dei dati personali*), sono consapevole che i dati forniti alla AIPP all'atto dell'iscrizione o successivamente vengono conservati in parte anche su archivio elettronico presso la Segreteria della Associazione e rimangono a mia disposizione per controlli o modifiche previo preavviso. Essi verranno utilizzati ai soli fini previsti dallo Statuto della Associazione ed eventualmente comunicati per quanto riguarda il solo recapito postale a terzi al fine di promuovere iniziative di carattere scientifico e culturale (ad es. Congressi e Corsi ) consono alle finalità statutarie della AIPP.

Barrare:          Autorizzo

Non autorizzo

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

---

*Quota di iscrizione: 50 euro (le modalità di versamento della quota verranno comunicate nella lettera di accettazione della iscrizione)*

*Inviare a: dottor Giovanni Patelli Segretario AIPP*

*Centro Psico Sociale "Programma 2000" Via Livigno 3, 20158 Milano*

*oppure a: aipp.posta@virgilio.it*

