OFFICINA dei legami

ASSOCIAZIONE ITALIANA MEDIATORI FAMILIARI

Cod. Supervisione di gruppo N. 006/2020

in collaborazione con

CENTRO STUDI
ALTA FORMAZIONE E RICERCA

GIORNATA DI SUPERVISIONE PROFESSIONALE PER MEDIATORI FAMILIARI

Scheda di iscrizione

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

DOMICILIATO _____

PROFESSIONE _____

TEL./CELL. _____

E.MAIL _____

C.F. – P. I. _____

CHIEDE

DI ESSERE ISCRITTO ALLA SUPERVISIONE PER LA GIORNATA DI **Venerdì 6 aprile 2020 - ore 15,00 / 20,00**

SI IMPEGNA:
- alla frequenza dell'evento per tutta la sua durata;
- ad effettuare l'iscrizione e il pagamento secondo le modalità di seguito indicate

1) *L' incontro è collettivo ed ha un costo individuale di :*
   € 50,00 *Mediatori familiari*
   € 40,00 *Mediatori familiari AIMeF in regola – Mediatori familiari CISEM*
   € 30,00 *Mediatori familiari iscritti Officina dei Legami in regola con il pagamento della quota annuale*
   (mettere croce sull'importo dovuto)

   Il pagamento avverrà in sede.

2) *L'iniziativa è a numero chiuso. E' possibile iscriversi in ordine cronologico trasmettendo la presente scheda di iscrizione compilata e sottoscritta ad info@officinadeilegami.it Qualora si intenda sottoporre a supervisione un caso, è necessario trasmettere altresì* ***la scheda di supervisione debitamente compilata entro e non oltre 7 giorni prima della data dell'incontro*** *a cui s'intende partecipare (per ricevere la scheda scrivere a info@officinadeilegami.it). Si riceverà una conferma di avvenuta iscrizione.*
3) *In caso di* ***mancata partecipazione*** *al corso per qualsiasi ragione, il sottoscritto si impegna a comunicare la disdetta* ***entro e non oltre 5 giorni prima della data dell'incontro*** *per consentire di dare l'opportunità ad altri partecipanti*

Data _____ FIRMA _____

OFFICINA dei legami

A.I.M.e.F.
ASSOCIAZIONE ITALIANA MEDIATORI FAMILIARI
Cod. Supervisione di gruppo N. 006/2020

in collaborazione con

CISEM
CENTRO STUDI
ALTA FORMAZIONE E RICERCA

GIORNATA DI SUPERVISIONE PROFESSIONALE PER MEDIATORI FAMILIARI

Scheda di supervisione

DATA DELLA GIORNATA DI SUPERVISIONE _____

DOCENTE Dott.ssa Fulvia D'Elia

COGNOME _____NOME _____

Desidero sottoporre a supervisione il seguente caso

NOMI DELLE PARTI : _____

MOTIVO DELLA RICHIESTA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____