

**MODULO DI ADESIONE alla**  
**SOCIETA' ITALIANA DI PSICHIATRIA INTEGRATIVA e SALUTOGENESI (SIPSIeS)**

Dott./Sig. X Dott.ssa/ Sig.ra X (DI PREGA DI UTILIZZARE CARATTERI STAMPATELLO MAIUSCOLO)

Cognome: \*.....

Nome: \*.....

Nazionalità: \*.....

Indirizzo: \*.....

Città \*..... Provincia \*..... CAP \*.....

Nazione: \*.....

Telefono: \*..... Telefono lavoro: .....

Tel. Cellulare: .....

Indirizzo email: .....

Professione: \*.....

Indirizzo lavoro:.....

.....

**NB: E' importante che tutti i campi contrassegnati (\*) siano essere completati affinché la richiesta di adesione possa essere accettata.**

Chiedo di diventare Socio della SOCIETA' INTERNAZIONALE DI PSICHIATRIA INTEGRATIVA e SALUTOGENESI (SIPSIeS) e a tal fine accetto il suo Statuto che ho letto in ogni sua parte.

Luogo e Data.....

Firma

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 675/96. \*

Luogo e Data.....

Firma

**Inviare il modulo di adesione completato e firmato a : [segreteria@sipsies.org](mailto:segreteria@sipsies.org)**

**Per l' invio via Fax contattare: [info@sipsies.org](mailto:info@sipsies.org)**