

FEDERAZIONE ❖ ITALIANA ❖ DELLE  
ASSOCIAZIONI ❖ DI ❖ PSICOTERAPIA

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

QUALIFICA \_\_\_\_\_

SCUOLA O ASSOCIAZIONE (Eventuale) \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ ( )

TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

e-mail: [convegnoFIAP2012@gmail.com](mailto:convegnoFIAP2012@gmail.com)

FIAP presso Centro di Formazione "P. Luigi Monti" Via di Santa Maria Mediatrice 22/G 00165 ROMA  
Tel: 06393666497