

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

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