

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Livello I°



CENTRO DI RICERCHE E STUDI
IN PSICOTRAUMATOLOGIA

28 – 29 – 30 Settembre 2017

Casa di Cura Privata VILLA SANTA CHIARA
Via Monte Recamao, 7
Quinto di Valpantena (VR)

Modulo di iscrizione

Nome e Cognome: _____

Luogo di Nascita _____ Prov. _____ Data di nascita _____

Professione: Psicologo ** Abilitazione alla Psicoterapia * si
Medico ** Iscritto a Scuola di Specializzazione si anno _____

Attività:

Privata	Pubblica	Convenzionata	Non Esercita
---------	----------	---------------	--------------

P.IVA _____ C.F. _____

INDIRIZZO: _____

CAP: _____ CITTA': _____ PROV. _____

TELEFONO: _____ CELL: _____

E-MAIL: _____

Formazione ufficiale
riconosciuta da:



Associazione EMDR Italia



EMDR
EUROPE

EMDR Europe Association

Manifestazione di CONSENSO INFORMATO ai sensi dell'Art. 23 DGL 196 del 30 GIUGNO 2003

Il sottoscritto _____ autorizza ai sensi della legge n°196/2003 e successive integrazioni e modifiche la CRSP sas ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge; invio di materiale e comunicazioni riguardo azioni formative.

Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata

Data Firma del partecipante.....

OBBIETTIVI:

Acquisire le conoscenze teorico – pratiche relative al modello terapeutico EMDR.
Acquisire i contenuti tecnico – professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione.

Costo:

- € 500,00 + 22% IVA fino all'8 Settembre 2017 (Studenti Scuole Specializzazione senza crediti formativi)
- € 580,00 + 22% IVA fino all'8 Settembre 2017
- € 650,00 + 22% IVA dopo l'8 Settembre 2017
- Si potrà usufruire di un'agevolazione di €200 + IVA sull'iscrizione al livello II, presentando, contemporaneamente, anche l'iscrizione ad uno dei corsi EMDR liv. II in programma sul sito

Pagamento: bonifico bancario sul conto intestato a:
CRSP SRL - Via Umberto I, 65 – 20814 Varedo
IBAN: **IT 67 C 02008 33261 000041163693**
UniCredit Banca Ag. Limbiate
specificando **Verona I**

Sono stati richiesti i Crediti Formativi (ECM) per "psicologo/psicoterapeuta e medico/psicoterapeuta"

Allegare copia del bonifico ed inviare per fax : 0362 558879 o mail: segreteria@crsp.it

> il corso è a numero chiuso e sarà tenuto dalla dott.ssa **Isabel Fernandez**

> in caso di rinuncia l'iscrizione sarà rimborsata entro il **20.09.2017** con una penale di € 100,00

* Il corso è limitato agli psicoterapeuti abilitati o iscritti a una scuola di specializzazione, almeno al 3° anno, riconosciuta dal MIUR

** E' obbligatorio barrare una delle due caselle