



CENTRO DI RICERCHE E STUDI
IN PSICOTRAUMATOLOGIA

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Livello II°

09 - 10 - 11 Marzo 2018
Hotel Regina Margherita
Viale Regina Margherita, 44
Cagliari
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: _____

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 a 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:
 € 580,00 + 22% IVA fino al 16 Gennaio 2018
 € 644,00 + 22% IVA dopo il 16 Gennaio 2018

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 **Cognome - Cagliari II**

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

Formazione ufficiale
riconosciuta da:



Associazione EMDR Italia



EMDR Europe Association



EMDR Institute, Inc.
Eye Movement Desensitization & Reprocessing

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

> il corso è a numero chiuso e sarà tenuto dalla dott.ssa **Isabel Fernandez**
> in caso di rinuncia l'iscrizione sarà rimborsata entro il **01.02.2018** 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