



CENTRO DI RICERCHE E STUDI  
IN PSICOTRAUMATOLOGIA

# Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Livello I°

02 - 03 - 04 Dicembre 2022

Hotel Hilton Garden Inn North Milan

Via Cocumella, 36

Milano

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. \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ CELL: \_\_\_\_\_

Mail PEC \_\_\_\_\_ Codice destinatario \_\_\_\_\_

Formazione ufficiale  
riconosciuta da:



Associazione EMDR Italia



EMDR

EUROPE

EMDR Europe Association



EMDR Institute, Inc.  
Eye Movement Desensitization & Reprocessing

## OBBIETTIVI:

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

Costo

- 610,00 iva compresa entro il 05 novembre 2022 (studenti scuola di specializzazione)
- 707,60 iva compresa entro il 05 novembre 2022
- 790,00 iva compresa dopo il 05 novembre 2022

Agevolazione di € 244,00 IVA compresa) sul costo intero di livello II, iscrivendosi ad un livello II in programma sul sito (inviare entrambi i moduli)

Pagamento: bonifico bancario sul conto intestato a

Pagamento: bonifico bancario sul conto intestato a:

**C.R.S.P. srl** - Via Vitruvio, 43 – 20124 Milano

**IBAN: IT 67 C 02008 33261 000041163693**

UniCredit Banca Ag. Limbiate

specificando **Cognome – Milano I**

Allegare copia del bonifico ed inviare mail a [segreteria@crsp.it](mailto:segreteria@crsp.it)

Manifestazione di CONSENSO INFORMATO ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs. 101/2018

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizza ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 e successive integrazioni e modifiche 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.....

Il corso è a numero chiuso e sarà effettuato esclusivamente al raggiungimento del numero minimo previsto di iscritti.

L'organizzatore si riserva di poter modificare la sede qualora si verificassero degli imprevisti.

Il corso sarà tenuto dalla dott.ssa Isabel Fernandez

In caso di rinuncia l'iscrizione sarà rimborsata solamente entro il 25. 11.2022 con una penale di € 122,00 (IVA compresa)

Il corso è limitato agli psicoterapeuti abilitati o studenti iscritti alla scuola quadriennale di specializzazione in psicoterapia, almeno al 3° anno, riconosciuta dal Ministero

Non verranno attribuiti crediti formativi ECM a studenti iscritti alla Scuola di Specializzazione

Dichiaro di conoscere e accettare le condizioni contrattuali

Data ..... Firma del partecipante.....

Sono stati  
assegnati  
n. 24  
Crediti Formativi  
per  
"Psicoterapeuta"