



CENTRO DI RICERCHE E STUDI  
IN PSICOTRAUMATOLOGIA

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

17 - 18 - 19 Novembre 2023

Hilton Garden Inn North Milan

Via Columella, 36

Milano

Modulo di iscrizione

Formazione ufficiale  
riconosciuta da:



Associazione EMDR Italia



EMDR  
EUROPE  
EMDR Europe Association



EMDR Institute, Inc.  
Eye Movement Desensitization & Reprocessing

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

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 univoco \_\_\_\_\_

### OBBIETTIVI:

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

Costo

- o 610,00 iva compresa entro il 25 ottobre 2023 (studenti scuola di specializzazione)
- o 707,60 iva compresa entro il 25 ottobre 2023
- o 790,00 iva compresa dopo il 25 ottobre 2023

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**

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 10. 11.2023 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 e a coloro che non sono ancora presenti come Psicoterapeuti nell'elenco dell'Ordine degli Psicologi.*

Dichiaro di conoscere e accettare le condizioni contrattuali

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