

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

03 - 04 - 05 Maggio 2024

Palazzo Visconti  
Via Cino del Duca, 8  
Milano  
Modulo di iscrizione



CENTRO DI RICERCHE E STUDI  
IN PSICOTRAUMATOLOGIA

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 \_\_\_\_\_

### **OBBIETTIVI:**

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

Costo:

- € 707,60 (IVA compresa) entro il 10 aprile 2024
- € 790,00 (IVA compresa) dopo il 10 aprile 2024

Pagamento: bonifico bancario sul conto intestato a:

**C.R.S.P. srl** - Via Piccinni, 3 – 20131 Milano  
**IBAN: IT 67 C 02008 33261 000041163693**  
UniCredit Banca Ag. Limbiate  
specificando **Cognome – Milano II**

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.....

Provider ID. 6668

Sono stati  
assegnati  
n. 24  
crediti formativi  
ECM  
a  
"Psicoterapeuti"



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 26.04.2024 con una penale di € 122,00 (IVA compresa). Il corso è limitato agli psicoterapeuti abilitati o agli studenti iscritti alla scuola di specializzazione in psicoterapia, almeno al 3° anno, riconosciuta dal MIUR che abbiano seguito un corso riconosciuto da EMDR Italia. Non verranno attribuiti crediti formativi ECM a studenti iscritti alla Scuola di Specializzazione e /o non ancora inseriti nell'elenco degli psicoterapeuti dell'Ordine. Dichiaro di aver effettuato almeno cinque ore di supervisione con un supervisore certificato da EMDR Europe Association e che sono trascorse almeno otto settimane dalla formazione di liv 1. Dichiaro di conoscere e accettare le condizioni contrattuali.

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