



Trattamento del trauma complesso con EMDR

Roger Solomon

Hilton Garden Inn North Milan
Via Columella 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 anno _____ si

Attività:

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

C.F. _____

INDIRIZZO: _____

CAP: _____ CITTA': _____ PROV. _____

E-MAIL: _____ CELL: _____

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

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.....

Questa formazione, in presenza, è **gratuita per i soci** in regola con la quota associativa del 2025.

Possono partecipare solamente i soci che hanno concluso il corso EMDR liv 2

Il corso è a numero chiuso

Alla formazione sono stati attribuiti i crediti formativi ECM e assegnerà CPD per il rinnovo della certificazione di Practitioner e di Supervisore.

Inviare il modulo di iscrizione a segreteria@emdritalia.it