PSICOTERAPICAmente
Centro di Psicologia e Psicoterapia

SCHEDA DI PRE-ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a Cognome……Nome……..

Nato/a a……..Prov……..…..il……..……

Residente in……..via……n……..cap……

Codice fiscale……..Cittadinanza……..

Cellulare……..E-mail……..

Diploma di laurea……..Conseguito il……..

Presso……..

Titolo e Qualifica……Ente di provenienza ……..

Ruolo ricoperto…….. ECM…… SI/NO

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO AL CORSO DI ALTA FORMAZIONE
IN CLINICA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Inviare a info@psicoterapicamente.it:

- *Copia della presente scheda di iscrizione*
- *Curriculum vitae*
- *Documento di identità*

NB. L'organizzazione si riserva l'attivazione del corso solo al raggiungimento di un numero minimo di partecipanti. Si riserva l'ammissione solo previa verifica dei requisiti previsti. Non saranno accettate iscrizione al superamento del numero massimo di iscritti (25).

La partecipazione al Master è riservata ai soci di PSICOTERAPICAMENTE – Associazione per lo Sviluppo Psicologico ed il Benessere Psicosociale. La quota di iscrizione all'Associazione da versare è pari a 50 € ed è inclusa nei costi del Master.

PSICOTERAPICAmente
Centro di Psicologia e Psicoterapia

COSTI

La quota complessiva di partecipazione al Master è di € 1.750 (inclusa la quota di Associazione), sono previsti sconti per studenti (la quota per gli studenti (€ 1.450) e per le iscrizioni anticipate.

Quote di iscrizione agevolate entro il 31.10.2020:
entro il 31 luglio 2020 – € 1.250
entro il 30 settembre – € 1.350
entro il 31 ottobre – 1.450
studenti (entro il 30.10) – 1.150

Al momento della pre-iscrizione sarà richiesta una quota pari a € 200 per la formalizzazione dell'iscrizione al Master valida come anticipo sulla quota totale. Il pagamento Il pagamento della quota completa andrà effettuato entro l'inizio del Master, tramite Bonifico Bancario.

Consenso al trattamento dei dati personali. *Ai sensi delle disposizioni di cui al decreto legislativo n. 196 del 2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), consento al trattamento dei dati personali sopra riportati per finalità funzionali allo svolgimento delle attività del Centro di Psicoterapica, quali l'invio di materiale di promozione o di aggiornamento relativamente a percorsi ed eventi formativi organizzati dal Centro.*

_____ _____
(luogo e data) *(firma per presa visione e consenso)*