

Webinar



L'applicazione dell'EMDR nella pratica clinica

Scheda di Iscrizione

Nome Cognome.....

Data di nascita..... Luogo..... Provincia.....

Indirizzo di Fatturazione.....

Professione.....

Numero iscrizione all'albo..... Regione.....

Codice Univoco.....

Partita Iva

Codice Fiscale

E-mail

Tel.....

FREQUENTO IL __ANNO DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE.....

ATTENZIONE: inviare copia dell'attestato di frequenza al corso di livello 1 EMDR riconosciuto da EMDR EUROPE

Pagamento da effettuare entro il 10/09/2024 tramite bonifico bancario intestato a: Verardo Anna Rita Antonella - BPER Iban: IT60U0538773920000001066869 Causale: Webinar L'applicazione dell'EMDR alla pratica clinica Nome e Cognome

Allegare copia del bonifico ed inviare mail a annaritaverardo@me.com

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto.....autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali ed, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni, come modificato da ultimo dal d.lgs. 10/08/2018 n. 101.

Firma leggibile

Informazioni importanti

<i>Riservatezza</i>	<p>Il materiale fornito non potrà essere condiviso</p> <p>Le esercitazioni sui casi clinici e su materiale personale dei partecipanti è riservato e non condivisibile per garantire la privacy dei pazienti e dei partecipanti</p> <p>Io..... mi impegno a non diffondere e condividere con altri niente di quello che verrà condiviso dai partecipati durante le esercitazioni e gli esempi clinici del docente.</p> <p>Firma leggibile</p>
---------------------	--

Note personali utili a garantire il corretto svolgimento del workshop

<i>Raccomandazioni</i>	<p>Il corso si svolgerà su piattaforma ZOOM e per ricevere i crediti formativi bisognerà essere presenti a tutte le giornate con la telecamera accesa.</p>
<i>Risorse</i>	<p>I partecipanti riceveranno il file del materiale formativo alla fine delle tre giornate</p>
