



MILANO

1-2-3 dicembre 2017

MODULO DI ISCRIZIONE

Nome e Cognome (Scrivere il proprio nome e cognome così come si desidera che appaia sul certificato)

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo di residenza _____

Città _____ **CAP** _____ **Provincia** _____

Codice Fiscale _____ **Partita IVA n.** _____

Telefono _____ **Email** _____

Professione _____

Iscrizione all'Albo n. _____ **Regione/Provincia** _____

Abilitazione alla Psicoterapia **SI** **NO**

Se all'ultimo anno della scuola di Formazione indicarne i riferimenti (Denominazione, indirizzo Telefono)

Richiesta crediti E.C.M **SI** **NO**

ESSENDO A CONOSCENZA CHE:

- 1) Il training è riservato ai professionisti abilitati all'esercizio della psicoterapia, o agli Psicologi al quarto anno di frequentazione di una Scuola di Specializzazione in Psicoterapia legalmente riconosciuta;
- 2) Il Training potrebbe subire uno spostamento di date o non essere avviato qualora non si fosse raggiunto il numero di iscrizioni minime o in seguito ad eventi accidentali (ad

- esempio, malattia del Trainer);
- 3) In caso di mancato avvio del Training l'organizzatore del corso, dott. Ermanno Carrara, si impegna a restituire immediatamente l'intera somma versata all'atto di iscrizione;
 - 4) In caso di rinuncia del sottoscritto richiedente il Training, la quota di iscrizione sarà rimborsata fino a quindici giorni prima dell'inizio del Training, con una penale di 100€;
 - 5) In caso di rinuncia del sottoscritto richiedente il Training, dal quattordicesimo giorno prima dell'inizio del training in avanti non ci sarà alcun rimborso della quota d'iscrizione;

IL SOTTOSCRITTO CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO

al "Training in Brainspotting – 1° Livello" che si terrà a Milano nelle seguenti date:

1-2-3 dicembre 2017

che si terrà presso: Hotel Mythos Via Carlo Tenca, 21 20124 — MILANO

DATA _____ FIRMA (Leggibile) _____

Si informa che ai fini del D.Lgs 196/03 i dati richiesti saranno utilizzati solo per i fini istituzionali ed amministrativi e che gli interessati possono avvalersi di quanto previsto dagli art. 7,8,9,10. La/il sottoscritto autorizza espressamente il dott. Ermanno Carrara. al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03. Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata del sottoscritto.

DATA _____ FIRMA IL CONSENSO _____

COSTO DEL TRAINING

Fino al 31 Agosto 2017 € 600 (IVA inclusa)

Dal 1 Settembre 2017: € 650 (IVA inclusa)

Dal 1 Ottobre 2017: € 700 (IVA inclusa)

MODALITÀ DI PAGAMENTO :

Per l'iscrizione effettuare un bonifico bancario intestato a: Dott. Ermanno Carrara

Via Damiano Chiesa 4 23100 – SONDRIO

Banca Popolare di Sondrio

IBAN IT18 M056 9611 0060 0001 0314 X74

Causale: Nome e Cognome dell'allievo - Brainspotting livello 1° - anno 2017

L'iscrizione è effettuata **esclusivamente** in seguito all'invio per email (info@brainspottingitalia.com) dei seguenti documenti:

- 1) copia del modulo d'iscrizione correttamente e interamente compilato;
- 2) copia del bonifico bancario.

L'invio dei documenti può avvenire anche per posta tradizionale inviando il plico a:

Ermanno Carrara,

Via Damiano Chiesa 4,

2310 Sondrio.

Per ulteriori informazioni è possibile contattare il dott. Ermanno Carrara al seguente indirizzo:

info@brainspottingitalia.com