



Terapia
Cognitiva e Comportamentale

Programma di meditazione MBSR (Mindfulness Based Stress reduction)

Centro di Psicologia Clinica Formazione Cognitivo-comportamentale

Via Renato Paolini, 102

Pescara

Modulo di iscrizione

NOME: _____
(SCRIVERE IL NOME COME SI DESIDERA CHE APPAIA SUL CERTIFICATO)

Luogo di Nascita _____ Data di nascita _____

Professione _____ Data Abilitazione Psicoterapia _____

P.IVA _____ C.F. _____
(indispensabile per la fatturazione)

INDIRIZZO: _____

CAP: _____ CITTA': _____ PROV. _____

TELEFONO: _____ FAX: _____

CELL. _____ E-MAIL: _____

Pagamento: bonifico bancario sul conto

Banca Caripe Pescara

IBAN: IT 18 B 06245 15410 CC0 900 277516

Intestato a: Centro di Psicologia Clinica - Via Renato Paolini,102-Pescara

specificando **Corso MBSR**

Allegare la copia del bonifico al modulo d'iscrizione compilato ed inviare per fax al numero: 085/4211986

* il corso è a numero chiuso

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AI SENSI DELL'ART. 23 DGL 196 DEL 30 GIUGNO 2003

Il sottoscritto _____ autorizza ai sensi della legge n°196/2003 e successive integrazioni e modifiche la CRSP sas 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 del sottoscritto.

Data

.....