



**CENTRO DI PSICOLOGIA CLINICA**  
*Ist. di Formazione Cognitivo-Comportamentale*  
(Riconosciuto con D.M. n. 214 del 16/11/2000 dal M.I.U.R.)  
Riconosciuto dall'AIAMC  
Affiliata alla EABCT e chapter ABAI  
Via R. Paolini 102 - 65124 Pescara Tel./Fax 085-4211986  
E-mail [info@centro-psicologia.it](mailto:info@centro-psicologia.it) <http://www.centro-psicologia.it>

***SCHEDA DI ISCRIZIONE***  
**SEMINARIO REBT 9-10 Aprile 2021**  
**A cura del Dr. Mario Di Pietro**  
**(Tutti i campi devono essere compilati in stampatello leggibile)**

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ CITTA': \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

CELL. \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

ho bisogno dei crediti ECM       non ho bisogno dei crediti ECM

**NB: Se si fa richiesta dei crediti ECM, bisogna compilare i seguenti campi:**  
**(i crediti sono riconosciuti solo alle seguenti professioni: psicologi-psicoterapeuti, medici di base, psichiatri e infermieri)**

Professione (indicare con una crocetta la propria posizione)

- libero professionista
- dipendente
- privo di occupazione

# CENTRO DI PSICOLOGIA CLINICA

*Ist. di Formazione Cognitivo-Comportamentale*

(Riconosciuto con D.M. n. 214 del 16/11/2000 dal M.I.U.R.)

Riconosciuto dall'AIAMC

Affiliata alla EABCT e chapter ABAI

Via R. Paolini 102 - 65124 Pescara Tel./Fax 085-4211986

E-mail [info@centro-psicologia.it](mailto:info@centro-psicologia.it) <http://www.centro-psicologia.it>

Se psicologi o medici indicare la propria specializzazione, regione e numero di iscrizione albo di appartenenza

---

---

Pagamento: costo è di **€ 150.00** con crediti ECM, **€ 100,00** senza crediti ed inviare via mail a [info@centro-psicologia.it](mailto:info@centro-psicologia.it) copia distinta bonifico in allegato al presente modulo

Bonifico su IBAN: **IT05 J054 2415 4100 0000 0277 516**

**Banca popolare di Bari**

## MANIFESTAZIONE DI CONSENSO INFORMATO AI SENSI DELL'ART. 23 DGL 196 DEL 30 GIUGNO 2003 e DEL GDPR 2016/679

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizza, ai sensi della legge n°196/2003 e successive integrazioni e in base al GDPR 2016/679, il CPC 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 .....

Firma .....