

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI

**IPNOSI CLINICA 1° LIVELLO.**

**creare nuove connessioni neurali positive con l'Ipnosi Clinica Ericksoniana bioETICA**  
**14, 15 e 16 Settembre 2012**

Compilare la scheda ed inviarla **entro e non oltre il 10 settembre 2012**  
al n. fax 0805275702 o per e-mail a : [scuolaquadiennalepsicoterapia@ikosageform.it](mailto:scuolaquadiennalepsicoterapia@ikosageform.it)

**SCHEDA D'ISCRIZIONE AL CORSO  
SENZA CREDITI ECM**

COGNOME\* \_\_\_\_\_  
NOME\* \_\_\_\_\_  
LUOGO DI NASCITA\* \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA\* \_\_\_\_\_  
COD. FISCALE\* \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO \_\_\_\_\_  
CITTÀ' \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
CELL\* \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
EMAIL\* \_\_\_\_\_  
TITOLO DI STUDIO\* \_\_\_\_\_  
PROFESSIONE/SPECIALIZZAZIONE\* \_\_\_\_\_

**il Corso è completamente gratuito**  
*per coloro che compilano questa sezione,  
astenendosi dal richiedere i crediti ECM,*

**SCHEDA D'ISCRIZIONE  
PER CHI RICHIEDE I CREDITI ECM**

*\* Dati essenziali ai fini dell'accreditamento ECM*

COGNOME\* \_\_\_\_\_  
NOME\* \_\_\_\_\_  
LUOGO DI NASCITA\* \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA\* \_\_\_\_\_  
COD. FISCALE\* \_\_\_\_\_  
PROFESSIONE\* \_\_\_\_\_  
DISCIPLINA\* \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO \_\_\_\_\_  
CITTÀ' \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
ENTE DI LAVORO \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO DI LAVORO \_\_\_\_\_  
CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
CELL\* \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
EMAIL\* \_\_\_\_\_

**24,1 CREDITI ECM PER PSICOLOGI, MEDICI e ODONTOIATRI.**

*Per coloro che richiedono i crediti ECM  
è prevista una quota di € 50,00 per spese di segreteria,  
da effettuare tramite Bonifico Bancario intestato a:  
**IKOS AgeForm, Banca Prossima**  
**IBAN: IT 26 0 03359 01600 100000061234***

**TRATTAMENTO SULLA PRIVACY**

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, il contraente autorizza la IKOS all'archiviazione dei propri dati personali in apposita banca dati, per la trasmissione di qualsiasi tipo di comunicazione inerente l'attività svolta dalla IKOS medesima.  
I dati non saranno comunicati a nessuna altra organizzazione estranea. Sono fatti salvi tutti i diritti e le facoltà concesse alla persona.

**ACCORDO DI RISERVATEZZA**

Comprendo che il Corso in oggetto organizzato da IKOS•AgeForm rappresenta un'esperienza privata e personale; dichiaro, pertanto, di rispettare il diritto alla riservatezza di tutti i partecipanti e di tutte le loro dichiarazioni o azioni, impegnandomi a considerarle come private e riservate.  
Mi impegno, inoltre, ad evitare di eseguire riprese su nastro o altri tipi di registrazione elettronica o digitale di tutte o alcune porzioni del programma.

**ACCORDO SULLA PROPRIETA' DEL MATERIALE**

Io sottoscritto convengo che tutti i materiali, idee e informazioni, presentati da IKOS•AgeForm nel corso di questo programma, e tutto il materiale prodotto da allievi e docenti, sono di proprietà di IKOS•AgeForm e sono protetti da copyright, segreto commerciale e norme applicabili.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA PER ACCETTAZIONE \_\_\_\_\_

**CONSENSO CON CONOSCENZA DI CAUSA ALLA REGISTRAZIONE AUDIO – VIDEO DI IKOS**

Dichiaro di essere a conoscenza, di accettare e di autorizzare la registrazione audio – video effettuata da IKOS•AgeForm; pertanto accetto che il tutto, o parte del tutto, potrà essere usato per scopi divulgativi, didattici e commerciali.  
(Le registrazioni corrispondenti ai moduli del percorso formativo, potranno essere visionate dai partecipanti assenti o che ne faranno richiesta).

***N.B. Chi non intende accettare e autorizzare la registrazione audio – video effettuata da IKOS•AgeForm, dovrà seguire il Corso, posizionandosi alle spalle della telecamera.***

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA PER ACCETTAZIONE \_\_\_\_\_