

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI
IPNOSI CLINICA 1° LIVELLO:
creare nuove connessioni neurali positive con l'Ipnosi Clinica Ericksoniana
18, 19 e 20 Gennaio 2013

Compilare la scheda ed inviarla **entro e non oltre il 15 Gennaio 2013**
al n. fax 0805275702 o per e-mail a : scuolaquadiennalepsicoterapia@ikosageform.it

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

COGNOME* _____
NOME* _____
LUOGO DI NASCITA* _____
DATA DI NASCITA* _____
COD. FISCALE* _____
INDIRIZZO _____
CITTA' _____ 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* _____
ALBO PROFESSIONALE* _____
DATA ISCRIZIONE* _____ N.* _____
Indicare la casella di appartenenza
 LIBERO PROFESSIONISTA* DIPENDENTE* CONVENZIONATO*
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 10000061234

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 _____