

SCHEDA DI ISCRIZIONE DA INVIARE VIA MAIL

Email:

scuolaquadiennalepsicoterapia@ikosageform.it

Oppure katia@ikosageform.it

Cognome	Nome		
Data di nascita	Luogo di nascita		
Indirizzo di Residenza	Città	Cap	Prov.
Telefono	Email		
Titolo di studio	Professione/Specializzazione		

CHIEDO DI PARTECIPARE

OPEN DAY

10 SETTEMBRE 2014: L'ANAMNESI NEL COLLOQUIO CLINICO (15.30/19.00)

16 SETTEMBRE 2014: L'IPNOSI CLINICA PER NUOVE CONNESSIONI NEURONALI (15.30/19.00)

**ORGANIZZATI DALL' IKOS•SPI – SCUOLA DI PSICOTERAPIA INTEGRATA
C/O LA SEDE DI VIA ANDREA DA BARI, 157 – BARI**

DICHIARO DI ESSERE:

- LAUREANDO IN MEDICINA o PSICOLOGIA, iscritto c/o la facoltà di _____
- LAUREATO IN MEDICINA o PSICOLOGIA c/o la facoltà di _____
- TIROCINANTE POST LAUREAM IN PSICOLOGIA o MEDICINA
- PSICOLOGO, iscritto all' ORDINE della REGIONE _____ n.° matricola _____ dal _____
- MEDICO, iscritto all' ORDINE della PROVINCIA _____ n.° matricola _____ dal _____

Autorizzo alla conservazione e all'utilizzo dei miei dati personali per le attività in oggetto e per le comunicazioni inerenti le vostre prossime attività ai sensi del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003.

Bari, li _____

Firma _____

In caso di disdetta, si chiede cortesemente di contattare lo 0805212483 oppure scrivere al seguente indirizzo email:
scuolaquadiennalepsicoterapia@ikosageform.it.