

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**  
**SI DESIDERA REGISTRARE LA PARTECIPAZIONE AL CORSO**

**IPNOSI CLINICA 1° livello**

Data: **15, 16 e 17 Giugno 2012**

• Titolo del corso:

Cognome	Nome		
Data di nascita	Luogo di nascita		
Cod. Fiscale	Partita I.V.A.		
Indirizzo di Residenza	Città	Cap	Prov.
Tel. casa	cell.	e-mail	
Titolo di studio			
Professione/Specializzazione			

**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 \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

Si ricorda che il Corso è gratuito solo per Medici, Psicologi, Laureandi in Medicina e Psicologia.  
Per coloro che appartengono a tutte le altre categorie, la quota di partecipazione è di **€ 50,00**.  
Barrare la presente casella e indicare la categoria di appartenenza

\_\_\_\_\_

Pagamento tramite Bonifico Bancario intestato a:  
IKOS AgeForm, Banca Prossima IBAN: IT 26 0 03359 01600 100000061234

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_