



# Tecniche per gestire le difese di evitamento e la pratica del loving eyes Workshop di Approfondimento

**11 Maggio 2024**

**Cristoforo Colombo Hotel  
Corso Buenos Aires, 3  
Milano**

CENTRO DI RICERCHE E STUDI  
IN PSICOTRAUMATOLOGIA

Modulo di iscrizione

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**Professione:** Psicologo  Abilitazione alla Psicoterapia SI NO  
Medico  Iscritto a Scuola di Specializzazione anno \_\_\_\_\_

**Attività:**

Privata	Pubblica	Convenzionata	Non esercita
---------	----------	---------------	--------------

P.IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

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

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

Mail PEC \_\_\_\_\_ Codice destinatario \_\_\_\_\_

**OBBIETTIVI:**

Acquisire le conoscenze teorico – pratiche relative al modello terapeutico EMDR.  
Acquisire i contenuti tecnico – professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione.

Costo:

- € 183,00 (IVA compresa) entro il 30 aprile 2024
- € 210,00 (IVA compresa) dopo il 30 aprile 2024

Pagamento: bonifico bancario sul conto intestato a:

**C.R.S.P. srl** - Via Vitruvio, 43 – 20124 Milano  
**IBAN: IT 67 C 02008 33261 000041163693**  
UniCredit Banca Ag. Limbiate  
specificando **Cognome – Spadoni loving**

Alligare copia del bonifico ed inviare mail a [segreteria@crsp.it](mailto:segreteria@crsp.it)

Manifestazione di CONSENSO INFORMATO ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e D. Lgs. 101/2018

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ autorizza ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 e successive integrazioni e modifiche 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

Data ..... Firma del partecipante.....

Il corso è a numero chiuso e sarà effettuato esclusivamente al raggiungimento del numero minimo previsto di iscritti. L'organizzatore si riserva di poter modificare la sede qualora si verificassero degli imprevisti.

Il corso sarà tenuto dalla dott.ssa Manuela Spadoni

In caso di rinuncia l'iscrizione sarà rimborsata solamente entro il 05.04.2024 con una penale di € 122,00 (IVA compresa)

Possono partecipare al corso gli psicoterapeuti abilitati o studenti iscritti alla scuola quadriennale di specializzazione in psicoterapia, almeno al 3° anno, riconosciuta dal Ministero che abbiamo partecipato al corso EMDR liv 2 riconosciuto dall'Associazione EMDR Italia

Non verranno attribuiti crediti formativi ECM a studenti iscritti alla Scuola di Specializzazione

Dichiaro di conoscere e accettare le condizioni contrattuali

Data ..... Firma del partecipante.....