



CENTRO DI RICERCHE E STUDI  
IN PSICOTRAUMATOLOGIA

## ConneSSIONE al Sé bambino

procedura per l'individuazione e l'elaborazione di Target EMDR,  
riconducibili ad esperienze ripetute di Attaccamento disfunzionale.

Workshop Esperenziale

**22 Marzo 2025**

Hotel Andreola

Via Domenico Scarlatti, 24

**Milano**

### 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:

- € 195,00 (IVA compresa) entro l' 08 marzo 2025
- € 230,00 (IVA compresa) dopo l' 08 marzo 2025

Pagamento: bonifico bancario sul conto intestato a:

**C.R.S.P. srl** - Via Piccinni, 3 – 20131 Milano

**IBAN: IT 67 C 02008 33261 000041163693**

UniCredit Banca Ag. Limbiate

specificando **Cognome – ConneSSIONE**

Allegare 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 l'organizzatore si riserva di poter modificare la sede qualora si verificassero degli imprevisti.

Il corso sarà tenuto dal **dott. Raul Bartozzi**

In caso di rinuncia l'iscrizione sarà rimborsata solamente entro il 15.03.2025 con una penale di € 122,00 (IVA compresa)  
Possono partecipare al corso gli psicoterapeuti abilitati o studenti iscritti alla scuola di specializzazione in psicoterapia che abbiamo partecipato almeno al corso EMDR liv 1 riconosciuto dall'Associazione EMDR Italia

Il corso assegnerà 8 (otto) crediti ECM e 7 (sette) CPD validi per il rinnovo della certificazione di practitioner

Dichiaro di conoscere e accettare le condizioni contrattuali

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