



CENTRO DI RICERCHE E STUDI  
IN PSICOTRAUMATOLOGIA

# Lo Strumento degli OVALI nella terapia EMDR con pazienti complessi e dissociativi

Workshop di Approfondimento

16 Gennaio 2026

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: \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

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

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

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

### OBIETTIVI:

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 08 Gennaio 2027

€ 210,00 (IVA compresa) dopo il 08 Gennaio 2027

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 – Ovali**

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. 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 entro il 10.01.2027 con una penale di € 122,00 (IVA compresa)

Il corso è limitato agli psicoterapeuti abilitati o studenti iscritti alla scuola di specializzazione che abbiano una formazione riconosciuta da EMDR Italia e che abbiano acquisito conoscenze degli aspetti teorici sull'argomento

Il corso assegnerà **7 crediti ECM** e **6 CPD** per il rinnovo della certificazione di practitioner e supervisore

Verranno attribuiti crediti formativi ECM a psicologi, medici e psicologi abilitati alla Psicoterapia

Dichiaro di conoscere e accettare le condizioni contrattuali

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