

**CORSO ESPERENZIALE**  
**Il processo di accettazione in psicoterapia:**  
**procedure cognitive e ACT**  
**della SIPC, della Scuola di Psicoterapia Cognitiva S.r.l.**  
**e della Associazione di Psicologia Cognitiva**

**SCHEDA DI REGISTRAZIONE**

**DOCENTI: Dr.ssa Barbara Barcaccia, Dr.ssa Barbara Basile, Dr.ssa Claudia Perdighe**

Si prega di compilare la scheda in stampatello in tutte le sue parti (dati necessari ai fini della fatturazione del Corso Esperenziale) e di inviarlo via fax al numero: 06.4958098 entro il 14/02/2012

Professione: ..... Docente.....

Nome:.....

Cognome: .....

Indirizzo:.....presso.....

Cap: ..... Città: ..... Provincia: .....

Tel.:..... fax: .....

e-mail: .....

Luogo e data di nascita: .....

Codice Fiscale: .....

P.I.: .....

**Dati intestazione fattura obbligatori (se diversi da quelli sopra indicati)**

Fattura intestata a: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale/P.I.: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Cap: \_\_\_\_\_, Città: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**Privacy**

Con la presente autorizzo *la Scuola di Psicoterapia Cognitiva S.r.l.* alla gestione dei dati personali esclusivamente per scopi connessi alla partecipazione al corso. In qualsiasi momento potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure oppormi al loro utilizzo scrivendo a:

Scuola di Psicoterapia Cognitiva S.r.l., Viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma

Data ..... Firma .....

N.B. Non saranno accettate iscrizioni incomplete o senza l'avvenuto pagamento

**Importo: Euro 260,00 + IVA**