



PSICOTERAPICAMENTE  
associazione

### **SCHEDA DI PRE-ISCRIZIONE**

Il/la sottoscritto/a Cognome.....Nome.....  
Nato/a a.....Prov.....il.....  
Residente in.....via.....n.....cap.....  
Codice fiscale.....Cittadinanza.....  
Cellulare.....E-mail.....  
Diploma di laurea.....Conseguito il.....  
Presso.....  
Titolo e Qualifica.....Ente di provenienza .....

Ruolo ricoperto..... ECM..... SI/NO

### **CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO AL CORSO DI FORMAZIONE**

#### **“CLINICA E TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE E NUTRIZIONE”**

Inviare a [formazione@psicoterapicamente.it](mailto:formazione@psicoterapicamente.it):

- *Copia della presente scheda di iscrizione*
- *Curriculum vitae*
- *Documento di identità*
- *Ricevuta di avvenuto pagamento della quota di pre-iscrizione*

---

**NB.** L’organizzazione si riserva l’attivazione del corso solo al raggiungimento di un numero minimo di partecipanti. Si riserva l’ammissione solo previa verifica dei requisiti previsti. Non saranno accettate iscrizioni al superamento del numero massimo di iscritti (36).



PSICOTERAPICAMENTE  
associazione

## COSTI

La quota complessiva di partecipazione al Master è pari a **€ 2.500 (duemila/500) IVA inclusa**. Per la formalizzazione dell'iscrizione al Master sarà richiesto il versamento di una quota pari a **€ 500, valida come anticipo sulla quota totale**. Sono previste delle agevolazioni per gli studenti uditori e per le iscrizioni anticipate.

### Quote di iscrizione agevolate:

- Iscrizioni entro il 30 giugno 2024 1.650 (sconto del 34% sul costo del Master);
- Iscrizioni entro il 30 luglio 2024 € 1.950 (sconto del 22% sul costo del Master);
- Studenti uditori € 1.250

## MODALITA' DI PAGAMENTO

È possibile saldare la quota di partecipazione al Corso esclusivamente tramite bonifico bancario, in un'unica soluzione o in due rate:

- La prima rata, pari al 50% dell'intero costo, va saldata entro l'inizio del corso;
- La seconda rata, pari al restante 50%, entro il 31 dicembre 2024

### Credenziali

**IBAN IT79X0100503400000000010236**

**Banca Nazionale del Lavoro**

Intestazione: **ASSOCIAZIONE PSICOTERAPICAMENTE**

Causale: **Iscrizione MASTER DAN Psicoterapicamente - nome e cognome**

---

**Consenso al trattamento dei dati personali.** Ai sensi delle disposizioni di cui al decreto legislativo n. 196 del 2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), consento al trattamento dei dati personali sopra riportati per finalità funzionali allo svolgimento delle attività del Centro di Psicoterapia, quali l'invio di materiale di promozione o di aggiornamento relativamente a percorsi ed eventi formativi organizzati dal Centro.

---

(luogo e data)

---

(firma per presa visione e consenso)