



CENTRO PADOVANO DI TERAPIA DELLA FAMIGLIA

"Supervisione Clinica in EMDR"

- MODULO D'ISCRIZIONE -

da inviare via fax: 049/8763778 o via e-mail: info@cptf.org

Il/La sottoscritto/a

c. f. p. IVA

residente a (prov.) (cap.)

in via n°

tel. fax. cell.

e-mail.

CHIEDE L'ISCRIZIONE ALLA SUPERVISIONE IN EMDR SEDE DI PADOVA

DATA: 7/2/2018 13/3/2018 2/5/2018 5/6/2018

CHIEDE L'ISCRIZIONE ALLA SUPERVISIONE IN EMDR SEDE DI TRIESTE

DATA: 14/2/2018 14/3/2018 9/5/2018 6/6/2018

CHIEDE L'ISCRIZIONE ALLA SUPERVISIONE IN EMDR - LIVELLO PRACTITIONER - SEDE DI PADOVA

DATA: 7/2/2018 13/3/2018 2/5/2018 5/6/2018

CHIEDE L'ISCRIZIONE ALLA SUPERVISIONE IN EMDR - LIVELLO PRACTITIONER - SEDE DI TRIESTE

DATA: 14/2/2018 14/3/2018 9/5/2018 6/6/2018

Firma per il consenso del trattamento dei dati personali (D.Lgs.196/2003): _____

Per le modalità di pagamento contattare la Segreteria del CPTF