

# CORSO INTENSIVO DI FORMAZIONE (MASTER) IN IPNOSI ERICKSONIANA ROMA

## DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO

Il/la sottoscritto/a

COGNOME

NOME

QUALIFICA PROFESSIONALE

LAUREA CONSEGUITA

DATA

ISCRIZIONE ALL'ORDINE

DATA

PRECEDENTE FORMAZIONE IN PSICOTERAPIA

FORMAZIONE SVOLTA PRESSO

DURATA

DOMICILIO

CAP

CITTÀ

PROVINCIA

TELEFONO CASA

TELEFONO LAVORO

E-MAIL

CODICE FISCALE

PARTITA IVA

Chiede di essere ammesso e frequentare:

Corso di Intensivo di Formazione in Ipnosi e Psicoterapia Ericksoniana

e si impegna pertanto a pagare la quota di iscrizione di € 2.400,00 (IVA inclusa) mediante:

vaglia postale – intestato a Società Italiana Milton Erickson (SIME) - Via Tagliamento, 25 – 00198 Roma

contanti

assegno non trasferibile - intestato a Società Italiana Milton Erickson (SIME)

bonifico bancario - IBAN: IT22T0300205210000011029270

a tal fine allego inoltre:

Certificato di Laurea

Certificato di Iscrizione all'Ordine

N.2 Foto Tessera

Certificato di abilitazione alla  
Psicoterapia

Contratto

Data .....

Firma

*INVIARE COMPILATO VIA FAX O EMAIL  
Fax 06 8548205 – E-mail ipnosii@libero.it  
per info: Tel. 06/8548205*