



**C.R.P.P.**

Centro Romano di Psicologia e Psicoterapia

Centro di Ricerca, Formazione e Terapia

**Domanda di partecipazione**

Nome: .....

Cognome: .....

Qualifica Professionale: .....

C.F./P.IVA: .....

**Indirizzo:**

Via: ..... N°.....

Città: ..... CAP..... PROV.....

**Recapiti**

Cellulare: ..... Tel. Fisso:.....

Email: .....

Desidero iscrivermi al Corso per Operatore Clinico di Training Autogeno e Autoipnosi e desidero pagare la Quota d'iscrizione di € 100,00:

Con carta di credito (attraverso il circuito di pagamento sicuro PayPal)

Con bonifico bancario

*In caso di mancato raggiungimento del quorum di iscritti, la Quota d'iscrizione verrà rimborsata entro e non oltre la data d'inizio prevista del Corso. La Quota d'iscrizione non è rimborsabile in caso di rinuncia da parte del Candidato a partecipare al Corso.*

Data

Firma

.....

.....

La Domanda di Partecipazione dovrà essere stampata, compilata e inoltrata via mail o via fax al C.R.P.P. corredata di Curriculum Vitae

**C.R.P.P - Centro Romano di Psicologia e Psicoterapia**

Largo Brindisi 2, 00182, Roma (S. Giovanni) – Tel/Fax 06.5806285

[iscrizioni@corsitrainingautogeno.roma.it](mailto:iscrizioni@corsitrainingautogeno.roma.it)