**Domanda di iscrizione**

**ai Seminari della Scuola di Formazione Permanente**

*Al Direttore della Scuola di Formazione Permanente*

La/il sottoscritta/o *[nome, cognome]* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nata/o il *[data di nascita]* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

a *[luogo di nascita]* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

partita IVA *[se presente]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente in *[luogo di residenza]* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

all’indirizzo *[indirizzo di residenza]* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

con recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

con recapito di posta elettronica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

di professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

inoltra, con la presente, domanda di iscrizione ai seguenti *Seminari* previsti nell’ordinamento didattico della Scuola di Formazione Permanente:

01. (nome e data seminario) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

02. (nome e data seminario) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

03. (nome e data seminario) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

04. (nome e data seminario) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

05. (nome e data seminario) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

06. (nome e data seminario) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

07. (nome e data seminario) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

08. (nome e data seminario) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

09. (nome e data seminario) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

10. (nome e data seminario) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Dichiara, a tal fine, di essere in possesso dei seguenti requisiti *[barrare la casella interessata e completare con i dati richiesti]*:

☐ Diploma di Laurea in *[completare]* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

☐ Specializzazione in *[completare]* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 conseguita presso *[completare]* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

☐ altro titolo di studio *[completare]* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

La/il sottoscritta/o allega, ai fini della presente domanda, copia della ricevuta del versamento della quota di adesione, pari a € 140,00 (incluso IVA), ridotto a € 80 (incluso IVA) per Allievi della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia IPAP, per ogni singolo *Seminario*. Il versamento è da effettuarsi, tramite bonifico bancario, sul seguente conto corrente:

**Banca Unicredit**

**Filiale 08385**

**IBAN IT08V0200830760000104177049**

**BIC/SWIFT UNCRITMM**

**Intestato a: Associazione APAP**

La presente domanda dovrà essere inviata, congiuntamente alla copia della ricevuta del versamento, all'indirizzo sfp@ipap-jung.eu. L’iscrizione risulterà completata con l’invio della suddetta documentazione e alla ricezione di una conferma scritta da parte della Scuola di Formazione Permanente.

Alcuni *Seminari* sono inseriti nel piano di formazione dell’Azienda Sanitaria Locale ASL TO4 e accreditati nel Sistema di Formazione Continua in Medicina (ECM) della Regione Piemonte; per tali attività, segnalate nella pagina dedicata del sito web istituzionale ([www.ipap-jung.eu](http://www.ipap-jung.eu)), indipendentemente dalla necessità di ottenere i Crediti ECM, l’iscrizione dovrà essere completata registrandosi alle singole iniziative seminariali attraverso il Portale per la Formazione in Sanità della Regione Piemonte ([www.formazionesanitapiemonte.it](http://www.formazionesanitapiemonte.it)).

Nel caso in cui la sede del seminario subisca variazioni, ne sarà data comunicazione in tempo utile al partecipante. In caso di annullamento del seminario per numero di iscritti insufficiente o per altre cause di forza maggiore, la Scuola rimborserà al partecipante l’ammontare della quota di iscrizione versata. In caso di annullamento dell’iscrizione da parte del partecipante, la quota di iscrizione non sarà rimborsabile.

La/il sottoscritta/o autorizza l’Associazione per lo studio della Psicologia Analitica e dello Psicodramma junghiano (APAP), ente promotore della Scuola di Formazione Permanente (SFP), con l’invio della presente Domanda di iscrizione, al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003, “Codice in materia di protezione dei dati personali”, e del GDPR UE 679/2016, “Regolamento generale sulla protezione dei dati”.

In fede, *[firma]*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*Lì,* *[luogo e data]*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,