

Corso di formazione di Formazione Accreditata

EMDR Bambini e Adolescenti Liv 1



Riconosciuto dall'Associazione EMDR ITALIA e EMDR EUROPE Association

Il corso sarà condotto da Anna Rita Verardo Senior Trainer EMDR Europe

e si terrà sulla piattaforma ZOOM

Sabato 18 e Domenica 19 Luglio 2026, ore 10/13 e 14/18.00

DATI PERSONALI

Nome Cognome, nata/o a (_ _), il _ _ / _ _ / _ _ , residente in
..... n° , C.A.P. _ _ _ _ _ , città (_ _), cellulare , email
..... , P.E.C. Codice SDI.....

Partita IVA..... Codice Fiscale

La quota di partecipazione al training è di **449€**

È possibile iscriversi in due modalità:

1) Tramite la pagina del corso: https://formazionecontinuaonline.it/formazione/corsi-psicologia-online/?gl=1*ssc5jc*up*MQ..*gs*MQ..&gclid=CjwKCAiAssfLBhBDEiwAcLpwfhUTNS5Vbfp8NoSgoJkA116X57T-dN63gAKZXwrmcah3JTWfiQv6cxoC-F4QAvD_BwE&gclid=aw.ds&gclid=0AAAAADPmjWPh10qwaqa6aF5aKnF2GoYLT

Oppure

2) Convalidando la partecipazione mediante **Bonifico bancario** a favore di: **PESI ITALIA S.R.L.**

Presso: Banca Unicredit - Agenzia UNCRITM1278 Anzio (RM) IBAN: IT83T0200838892000101977753

Causale: EMDR per Bambini e Adolescenti Livello Ed.12

Inviando copia del presente modulo e del bonifico a info@pesi.it

Destinatari del Training

La formazione ONLINE di Livello 1 “EMDR per Bambini e Adolescenti” è destinata a psicoterapeuti e/o specializzandi in Psicoterapia al 3° o 4° anno, che – come previsto dalle Linee Guida dell'Associazione EMDR Europe – abbiano già conseguito il Livello 1 EMDR per Adulti, accreditato da EMDR Europe.

NOTA BENE: Per tale ragione, contestualmente all'iscrizione, dovrai inviare alla email info@pesi.it copia dell'attestato di conseguimento del Livello 1 EMDR per Adulti

Il presente Evento verrà accreditato con 21 crediti ECM in FAD SINCRONA. La partecipazione dei discenti viene rilevata attraverso la registrazione degli accessi alla piattaforma ZOOM durante la sessione di formazione. Il quiz ECM dovrà essere svolto entro il 22/07/2026, ovvero entro i tre giorni successivi alla data di conclusione dell'attività formativa

Professioni: PSICOLOGO: PSICOLOGIA, PSICOTERAPIA; MEDICO CHIRURGO: PSICOTERAPIA;

Obiettivo Formativo: 2 – Linee guida – protocolli – procedure

Manifestazione di CONSENSO INFORMATO ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs. 101/2018

Il sottoscritto _____ autorizza ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 e successive integrazioni e modifiche ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge; invio di materiale e comunicazioni riguardo azioni formative. Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata



Dichiaro di conoscere e accettare le condizioni contrattuali

Data e luogo:

Firma: