

Corso di Formazione Accreditata EMDR Bambini e Adolescenti Livello 2



Riconosciuto dall'Associazione EMDR ITALIA e EMDR EUROPE Association

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

Si terrà sulla piattaforma ZOOM

Sabato 19 e domenica 20 dicembre 2026, ore 10/13 e 14/18

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 **499.00€**

È possibile iscriversi in due modalità:

1) Tramite la pagina del corso: (pagamenti con PayPal, carta di credito, bonifico); 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: **Formazione Accreditata EMDR per Bambini e Adolescenti Livello 2 Ed.07 dicembre 2026**
- **Inviando copia del presente modulo e del bonifico a info@pesi.it**

La formazione online di Livello 2 "EMDR per Bambini e Adolescenti" è destinata a psicoterapeuti come previsto dalle linee guida dell'Associazione EMDR Europe - **che abbiano già conseguito il Livello 2 EMDR per Adulti**. Il corsista deve già avere la formazione di Livello 1 in EMDR C&A accreditato da EMDR Europe, da almeno otto settimane, e aver effettuato o effettuare entro la data del corso un primo ciclo di 10 ore di supervisione clinica con un Supervisore certificato da EMDR Europe per Bambini e Adolescenti.

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

Corso Accreditato per **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 i tre giorni successivi alla data di conclusione dell'attività formativa.

Professioni Accreditate Psicologo: psicologia, psicoterapia; Medico Chirurgo: psicoterapia;

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: