

Seminaris de Formació Continuada 2020-2021

# **FULL D’INSCRIPCIÓ**

ESCRIVIU DIRECTAMENT situant el cursor DINS ELS CAMPS OMBREJATS EN GRIS, que s’aniran allargant a mida que introduïu text.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom del seminari: FC1 El malestar a la cultura.**  Preu:€ Necessitaré rebut o factura?\*  NO  Sí, rebut  Sí, factura al meu nom  Sí, factura per l’empresa *(escriviu dades de facturació a l’apartat “Observacions”)*  *(****\**** *Les factures i rebuts normalment no es podran lliurar abans de que comenci cada seminari, taller o curs).* | | | | | | | | | | | | | |
| Sóc membre de l’ACPP?  SÍ  NO  Sóc alumne del curs 2020-2021 dels màsters o postgraus en Psicoteràpia Psicoanalítica de l’ACPP? SÍ  NO | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **DADES PERSONALS** | | | | | | | | | | | | | |
| **DNI** *(inclosa la lletra):* | | |  | | | | | | | | | | |
| **Cognoms** |  | | | | | | | | | **Nom:** |  | | |
| **Adreça:** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Codi postal:** |  | | | **Població:** | | |  | | | | | | |
| **Província:** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Telèfon fix 1:** |  | | | | | **Tel. fix 2:** | | |  | | | **Mòbil:** |  |
| **Correu electrònic:** | |  | | | | | | | | | | | |
| **Professió:** | |  | | | | | | | | | | | |
| **Empresa o institució:** | |  | | | | | | | | | | | |
| **Estudis / titulació:** | |  | | | | | | | | | | | |
| **Lloc i data de naixement:** | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Cóm va conèixer els Seminaris de Formació Continuada?: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
| Ha estat anteriorment alumne/a d’altres cursos o ha participat en altres activitats organitzades per l’ACPP? | | | | | | | | | | | | | |
| *Aquesta és la primera vegada*  *Escola de l’ACPP*  *Màster dissabtes*  *Seminaris de Formació Continuada*  *Conferències*  *Altres (si ho recordeu, especifiqueu l’any i tipus d’activitat):* | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Observacions:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

Data:

**PROTECCIO DE DADES.** Amb la signatura del present document dóna el seu consentiment al tractament de les seves dades en els següents termes. **Responsable:** ASSOCIACIO CATALANA DE PSICOTERAPIA PSICOANALITICA**. Finalitat del tractament.** Mantenir-lo informat sobre les nostres novetats, productes i serveis**. Legitimació.** El consentiment aquí otorgat, que pot retirar en qualsevol moment. **Conservació.** Mentre existeixi interès per ambdues parts. **Destinataris.** No es cediran dades a tercers excepte obligació legal**. Drets.** Pot exercir els drets d’accés, rectificació, supressió, limitació, oposició i portabilitat adreçant un escrit, acompanyat de còpia de document oficial identificatiu, a ASSOCIACIO CATALANA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA, 11 ENT 2 - 08022 BARCELONA (Barcelona). Email: acpp@psicoterapeuta.org. En cas de disconformitat amb el tractament, també té dret a presentar una reclamació davant l’Agència Espanyola de Protecció de Dades (aepd.es).