

Seminarios de Formación Continuada 2020-2021

# **HOJA DE INSCRIPCIÓN**

ESCRIBE DIRECTAMENTE situando el cursor ENTRO LOS CAMPOSSOMBREADOS EN GRIS, que se irán alargando a medida que se introduce el texto.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del seminario:**        Precio:€ Necesitaré recibo o factura? \*  NO  Sí, recibo  Sí, factura al mi nombre  Sí, factura para la empresa *(escriba datos de facturación en el apartado “Observaciones”)*  *(****\**** *Las facturas y recibos normalmente no se podrán entregar antes de que empiece cada seminario, taller o curso).* | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Soy miembro de la ACPP?  SÍ  NO  ¿Soy alumno del curso 2020-2021 de los master o postgrados en Psicoterapia Psicoanalítica de la ACPP? SÍ  NO | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS PERSONALES** | | | | | | | | | | | | | |
| **DNI** *(incluida la letra):* | |  | | | | | | | | | | | |
| **Apellidos** |  | | | | | | | | | **Nombre:** |  | | |
| **Dirección:** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Código postal:** |  | | | **Población:** | | |  | | | | | | |
| **Provincia:** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Teléfono fijo1:** |  | | | | | **Tel. fijo 2:** | | |  | | | **Móvil:** |  |
| **Correo electrónico:** | | |  | | | | | | | | | | |
| **Profesión:** | | |  | | | | | | | | | | |
| **Empresa o institución:** | | |  | | | | | | | | | | |
| **Estudios / titulación:** | | |  | | | | | | | | | | |
| **Lugar y fecha de nacimiento:** | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Como conoció los Seminarios de Formación Continuada?: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
| Ha estado anteriormente alumno/a de otros cursos o ha participado en otras actividades organizadas por la ACPP? | | | | | | | | | | | | | |
| *Esta es la primera vez*  *Escuela de la ACPP*  *Master sábados*  *Seminarios de Formación Continuada*  *Conferencias*  *Otros (si lo recuerda, especifique el año y tipo de actividad):* | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Observaciones:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

Fecha:

**PROTECCION DE DATOS**. Con la firma del presente documento, consiente el tratamiento de sus datos en los siguientes términos. **Responsable:** ASSOCIACIO CATALANA DE PSICOTERAPIA PSICOANALITICA. **Finalidad del tratamiento.** Informarle acerca de nuestras novedades, productos y servicios. **Legitimación.** El consentimiento aquí otorgado, que puede retirar en cualquier momento. **Conservación.** Mientras exista un interés mutuo entre las partes. **Destinatarios.** No se cederán datos a terceros salvo obligación legal. **Derechos.** Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición, y portabilidad mediante escrito, acompañado de copia de documento oficial que le identifique, dirigido a ASSOCIACIO CATALANA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA, 11 ENT 2 - 08022 BARCELONA (Barcelona). Email: acpp@psicoterapeuta.org. En caso de disconformidad con el tratamiento, también tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (aepd.es).