



# IIPR

Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale

---

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

---

**22 NOVEMBRE (9.30-17.30) in presenza presso  
SALA CONGRESSI CENTRO STUDI ERICKSON VIALE ETIOPIA, 20 ROMA  
e on line su piattaforma ZOOM**

### Seminario

### Camillo Lorio

**“Prescrizioni integrative e interventi sistemici  
per una terapia efficace della Dissociazione”**

**IIPR**  
Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale

**22 NOV** 9:30 - 17:30

**CAMILLO LORIEDO**  
“PRESCRIZIONI INTEGRATIVE E INTERVENTI SISTEMICI  
PER UNA TERAPIA EFFICACE DELLA DISSOCIAZIONE”

SALA CONGRESSI CENTRO STUDI ERICKSON  
VIALE ETIOPIA, 20 ROMA

**Inviare via e-mail: [iipr.segreteria@gmail.com](mailto:iipr.segreteria@gmail.com)**

Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale  
Viale Regina Margherita, 269 -00198 Roma  
Tel. 06.8542130

**L'iscrizione dovrà pervenire entro e non oltre IL 20 NOVEMBRE 2025**

L'evento sarà ripreso e registrato e successivamente utilizzato sui nostri canali comunicativi. Chi fosse contrario dovrà negare l'autorizzazione alla pubblicazione della sua immagine dichiarandolo tempestivamente inviando una e-mail a [iipr.segreteria@gmail.com](mailto:iipr.segreteria@gmail.com) con oggetto: **nego autorizzazione registrazione**

### Parteciperò

- On Line
- In presenza



# IIPR

**Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale**

## Quote di partecipazione (IVA inclusa)

- 50 euro SOCI SIPRES e IIPR CARD (entro il 15/11)
- 80 euro SOCI SIPRES, SII, EX ALLIEVI IIPR
- 100 euro ESTERNI
- 80 euro IIPR CARD STANDARD
- 75 euro IIPR CARD GOLD

Nome e Cognome.....

Domicilio Fiscale: Via.....

Città.....Provincia.....

Cap..... Cellulare.....

E-mail \*.....pec\*.....

Codice destinatario fatturazione elettronica\*.....

Cod. Fiscale.....P.IVA.....

Titolo di studio.....

Scuola di Specializzazione.....

Iscrizione Albo Professionale

- Psicologi       Medici       Non ancora abilitato

Regione o Provincia.....

Iscrizione elenco Speciale degli Psicoterapeuti.....

Come sei venuto a conoscenza di questo evento: .....

## **\*Codice destinatario e/o PEC obbligatori per la fatturazione elettronica**

### **Pagamento:**

**Bonifico Bancario Beneficiario: CENTRO STUDI E TERAPIA s.r.l.**

**IBAN: IT10S050340327400000003996 Causale: nome e cognome, seminario**

**PRESCRIZIONI INTEGRATIVE**

I Suoi dati personali sono trattati nel rispetto del Codice in materia di dati personali secondo quanto riportato nell'informativa resa ai sensi degli art.13 e 14 del Regolamento Europeo (UE) n. 2016/679 sulla Protezione dei Dati ("GDPR"). Titolare è il Centro di Studi e Terapia per la Psicoterapia della Coppia e della Famiglia S.r.l. [Consulta l'informativa sulla privacy](#) Se non desidera ricevere in futuro comunicazioni invii una email a [iipr.segreteria@gmail.com](mailto:iipr.segreteria@gmail.com) con oggetto: **nego autorizzazione a invii future**

**Data.....**

**Firma.....**