

## DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA RETE DI PSICOTRAUMATOLOGIA E DI PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

..../.... sottoscritt ....

\_\_\_\_\_  
*Nome e cognome*

Residente in

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
*Città* *Provincia*

Indirizzo

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
*Via/Piazza/Viale etc* *Numero civico* *CAP*

Data e luogo di nascita

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
*1. Nata/o a (Città)* *Provincia* *Il*

Dati fiscali

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
*Codice Fiscale* *Partita IVA*

Recapiti

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
*Telefono* *Fax*

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
*Posta elettronica* *Cellulare*

### CHIEDE

di poter essere inserito nella RETE DI PSICOTRAUMATOLOGIA E DI PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA dal 1 gennaio 2003 al 30 dicembre 2003 nella funzione di:

- Psichiatra
- Psicoterapeuta
- Psicologo
- Counselor

La distinzione tra psichiatri, psicoterapeuti, psicologi e counselor è per funzioni (nel senso che ognuno deve avere titoli e formazione adeguata alla funzione che svolge). Nulla vieta che un operatore, avendone qualifiche ed esperienza, possa svolgere più di una funzione (sia cioè inserito nell'elenco degli psicologi, degli psicoterapeuti, degli psichiatri, dei counselor. E' possibile dunque barrare più di una casella).

### A TAL FINE DICHIARA

(barrare solo le caselle che interessano)

- di essere già inserito nella rete di Psicoterapia Mo.P.I.-Unisalute, di essere regolarmente iscritto al Mo.P.I. e di avere già depositato tutti i documenti occorrenti per questa nuova iniziativa presso la sede del Mo.P.I. (in questo caso inviare SOLO il presente modulo compilato e sottoscritto).
- di allegare alla presente curriculum vitae et studiorum dettagliato evidenziando in particolare le esperienze formative e professionali nel campo della psicologia dell'emergenza.

- di essere iscritto all'Ordine dei/degli Medici Psicologi e a tal fine allega certificato di iscrizione in copia semplice o autocertificazione dell'iscrizione e copia di un documento di identità valido. (Per Psichiatri, Psicoterapeuti, Psicologi)
- di essere autorizzato all'esercizio della Psicoterapia ai sensi dell'art. 3 o 35 della L. 56/89 Sì No e a tal fine allega l'autorizzazione in copia semplice o autocertificazione e copia di un documento di identità valido (Per psicoterapeuti)
- di essere specializzato in psichiatria e a tal fine allega certificazione in copia semplice o autocertificazione e copia di un documento di identità valido (Per psichiatri)
- di essere iscritto ad una associazione nazionale di counseling e a tal fine allega copia del certificato di iscrizione (gli allievi di corsi di counseling o i laureati in possesso di adeguato curriculum che non siano iscritti ad alcuna associazione possono ottenere attraverso l'accordo Mo.P.I. SICO l'iscrizione al livello base della SICO seguendo le procedure di cui al link <http://www.vertici.com/news/psinews/template.asp?cod=1938> (per counselor)
- di essere in possesso dei seguenti titoli accademici e professionali e a tal fine indica il tipo di laurea e un max di quattro titoli che ritiene più rilevanti ai fini della valutazione del curriculum)
  1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
  5. \_\_\_\_\_
- di essere iscritto al Movimento Psicologi Indipendenti e a tal fine allega ricevuta di versamento o di iscrizione
- di accettare le condizioni di massima specificate nel memorandum allegato (lettera di intenti). Prende atto che se il curriculum verrà valutato positivamente entrerà dal 1/1/2003 a far parte della RETE. Si riserva invece nel caso ricevesse proposta di integrazione della formazione, di confermare successivamente la propria adesione al percorso integrativo.

Data	Firma del richiedente
.....li, ...../...../.....	.....

Informiamo che ai fini della L. 675/96 i dati richiesti saranno utilizzati solo per i fini istituzionali previsti dallo statuto del Mo.P.I.. Informiamo inoltre che gli interessati possono avvalersi di quanto previsto dall'art. 13 L. 675/96 (Diritti dell'interessato). Il sottoscritto autorizza espressamente il Movimento Psicologi Indipendenti al trattamento dei propri dati personali ai sensi della L. 675/96

Data	Firma del richiedente
.....li, ...../...../.....	.....

Spedire per posta entro il 30 novembre 2002 unitamente agli allegati a:

Movimento Psicologi Indipendenti  
Via Carducci, 3 – 50121 Firenze