

## MODULO ISCRIZIONE RETI ON LINE

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

In qualità di socia/o del Movimento Psicologi Indipendenti, con il presente

### CHIEDE

di essere iscritta/o alle seguenti reti on line, servizio di visibilità sui siti del network del Mo.P.I. facenti capo ai siti web relazionediaiuto.it, psicologiaemergenza.it, retenuovedipendenze.it, psycholanguage.com

#### Reti di base

- Rete di psicologia
- Rete di mediazione familiare
- Rete di counseling
- Rete di impegno sociale (solo per psicologi e psicoterapeuti che si impegnano a garantire la tariffa di 30€/h)

#### Reti specialistiche

- Psicoterapia
- Psicologia giuridica
- Psicologia dell'emergenza
- Psiconeurologia
- Nuove dipendenze patologiche
- Centro studi e interventi sulla genitorialità (CeSIG)
- Psycholanguage per le seguenti lingue: \_\_\_\_\_

### A TAL FINE ALLEGA

tutta la documentazione che ritiene necessaria ai fini dell'accoglimento della domanda (certificazioni, diplomi, autorizzazioni, etc.) unitamente ad un proprio curriculum vitae et studiorum (formato Word o Pdf).

### E A TAL FINE DICHIARA

- di autorizzare il Mo.P.I. alla pubblicazione dei dati di seguito riportati (vedi pagina seguente) sui siti web facenti parte del network relazionediaiuto.it
- di essere consapevole della propria responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o trasmissione di atti falsi
- di essere a conoscenza che il Mo.P.I. potrà richiedere documentazione supplementare ai fini dell'accoglimento della domanda qualora la presente non fosse ritenuta sufficiente
- i dati che intende pubblicare on line (vedi pagina seguente):



### Recapiti e contatti

Telefono fisso: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ Skype: \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Web \_\_\_\_\_

### Indirizzo studio n° 1

Denominazione: (max 30 chr) \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

### Indirizzo studio n° 2

Denominazione: (max 30 chr) \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

### Indirizzo studio n° 3

Denominazione: (max 30 chr) \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

### Altre informazioni

Invio per eMail e autorizzo la pubblicazione di una mia fotografia

Invio per eMail e autorizzo la pubblicazione del mio curriculum

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiaro di essere informata/o che ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (GDPR) i dati richiesti saranno utilizzati solo per i fini istituzionali previsti dallo Statuto del Movimento Psicologi Indipendenti e che gli interessati possono avvalersi di quanto previsto dagli articoli 7 e 15-22 del GDPR. L'informativa integrale è pubblicata sul sito [www.mopi.it/mopi/privacy.asp](http://www.mopi.it/mopi/privacy.asp). La/Il sottoscritta/o autorizza espressamente il Movimento Psicologi Indipendenti al trattamento dei propri dati personali.

Firma il consenso

\_\_\_\_\_