

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**  
**(rif. al Regolamento approvato dal C.D.N.**  
**con delibera 08 del 01.12.2018)**

vers. File 06.12.2018



**COIRAG/SCUOLA**  
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE  
IN PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

**DOMANDA di ISCRIZIONE ANNO ACCADEMICO 20.....**

Il/La sottoscritto/a, **COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**DATA DI NASCITA** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **LUOGO DI NASCITA:** \_\_\_\_\_

**Residenza:** COMPILARE SOLO SE VARIATO RISPETTO ALL'ANNO ACCADEMICO PRECEDENTE O PRIMA ISCRIZIONE

indirizzo \_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso al 1°□ - 2°□ - 3°□ - 4°□ anno della Scuola di Specializzazione della Sede di \_\_\_\_\_

**DICHIARA<sup>1</sup>**

- di aver effettuato il bonifico di 500€ come anticipo della prima rata di iscrizione alla Scuola per l'immatricolazione al 1° anno (si allega copia del versamento);
- di aver effettuato il bonifico per la prima rata della tassa di iscrizione (allegare copia del versamento);
- di iscriversi al 1° anno con riserva per non aver ancora sostenuto l'Esame di Stato;
- di iscriversi alla Scuola Coirag dovendo ripetere parte dell'attività didattica;
- di iscriversi alle attività didattiche dopo un periodo di sospensione;
- di provenire da altra Scuola e di iscriversi per la prima volta alla Scuola Coirag;
- di aver frequentato un corso di formazione alla salute e sicurezza in base al D.LGS81/08 di cui allego copia dell'attestato di partecipazione in corso di validità;
- di riconoscere i costi che la sede di tirocinio potrà richiedere per la visita medica (sorveglianza sanitaria) e il corso di formazione specifica alla salute e sicurezza sul lavoro;
- di autorizzare o meno l'uso delle mie immagini in caso di scatti durante le attività didattico/seminariali ai sensi dell'art. 10 cod. civ., degli artt. 96 e 97 legge n° 633/1941 sul diritto d'autore e degli artt. 13 e 23 del D.lgs. n°196/2003 sulla protezione dei dati personali;

AUTORIZZO       NON AUTORIZZO      firma \_\_\_\_\_

Seguono i documenti da sottoscrivere: Informativa GDPR, Regolamento della Scuola e dell'Ordinamento che andranno visionati e firmati negli appositi spazi.

<sup>1</sup> Barrare se ricorre la situazione

**SEDE LEGALE**  
VIALE GRAN SASSO 22, 20131 MILANO  
TEL. E FAX 02 89694370  
345 5377522 | MAR. E VEN. 10.00 -12.00  
P.IVA 03943760821 | C.F. 97017820586

**PRESIDE**  
**ANTONINO APREA**  
presidescuola@coirag.org | [www.coirag.org](http://www.coirag.org)  
SEGRETERIA SCUOLA  
segreteriapresidescuola@coirag.org  
RICONOSCIMENTO M.U.R.S.T. DEL 31.12.1993

COIRAG È MEMBRO DI  
I.A.G.P. INTERNATIONAL ASSOCIATION  
FOR GROUP PSYCHOTHERAPY  
AND GROUP PROCESSES  
F.I.A.P. FEDERAZIONE ITALIANA ASSOCIAZIONI  
DI PSICOTERAPIA

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**  
**(rif. al Regolamento approvato dal C.D.N.**  
**con delibera 08 del 01.12.2018)**

vers. File 06.12.2018



**COIRAG/SCUOLA**  
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE  
IN PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

Informativa ex art.13 del Regolamento (UE) 2016/679 sulla protezione dei dati personali (GDPR) e richiesta di consenso per il trattamento dei dati personali raccolti presso l'interessato

Gentile Dottore / Dottoressa, la presente Informativa viene resa per informarLa del trattamento dei Suoi dati personali.

**Finalità del trattamento**

I dati personali volontariamente forniti saranno oggetto di trattamento per le seguenti finalità:

- a) per l'osservanza degli obblighi e degli adempimenti amministrativi, contabili, fiscali e di legge;
- b) per l'attività amministrative strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con lei e per le finalità connesse alla fornitura del servizio richiesto;
- c) per l'attività didattica dei docenti, dei tutor di tirocinio e dei conduttori dei gruppi in cui gli allievi svolgono osservazione. Per queste finalità il conferimento dei dati è necessario; il rifiuto a fornirli potrebbe pregiudicare la parziale o totale esecuzione degli obblighi derivanti dall'erogazione del servizio richiesto.
- d) Per la promozione di attività di formazione, aggiornamento e scambio scientifico e culturale relativi alla psicologia clinica e alla psicoterapia.

e)  
Per questa finalità il conferimento dei dati è facoltativo.

**Modalità del trattamento – Conservazione**

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei dati personali può essere effettuato mediante strumenti manuali, automatizzati, informatici, elettronici atti a gestire, memorizzare sia su supporti informatici che cartacei che su ogni altro tipo di supporto idoneo. I dati saranno conservati per dieci anni.

**Ambito di comunicazione e diffusione dei dati in nostro possesso**

Per le stesse finalità individuate in relazione al trattamento, i dati potranno essere comunicati:

- a soggetti esterni in adempimento ad obblighi di legge,
- ai Responsabili Esterni nominati dal Titolare,
- ai nostri dipendenti/collaboratori, in qualità di Incaricati del trattamento nell'ambito della normale attività operativa,
- ai docenti, tutor di tirocinio e conduttori dei gruppi in cui gli allievi svolgono osservazione.
- alle organizzazioni nostre consociate che operano con le stesse finalità riportate al punto c).

**Diritti dell'Interessato**

L'interessato può ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali e che tali dati vengano messi a sua disposizione in forma comprensibile.

L'interessato può chiedere di conoscere l'origine dei dati, la logica e le finalità su cui si basa il trattamento, ottenere la cancellazione, nonché l'aggiornamento oltre a richiedere le misure di sicurezza adottate a tutela dei propri dati.

Ottenere la conferma o meno che sia in corso un trattamento di dati che lo riguardano e, in tal caso, l'accesso alle seguenti informazioni: le finalità, le categorie di dati, i destinatari, il periodo di conservazione, il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo, il diritto di

**Titolarità del trattamento**

Per esercitare tali diritti Lei potrà rivolgersi in qualunque momento al "Titolare del trattamento" che è la C.O.I.R.A.G. con sede legale in Viale Gran Sasso 22 – 20131 Milano - tel. 02-89694370 - mail: [tesoreria@coirag.org](mailto:tesoreria@coirag.org)

**Il Titolare del trattamento**  
C.O.I.R.A.G.

Il/La sottoscritto/a, preso atto del contenuto dell'informativa sopra riportata, autorizzo al trattamento dei miei dati personali per le finalità di cui al punto d)

Esprimo il mio consenso

Nego il mio consenso

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**SEDE LEGALE**  
VIALE GRAN SASSO 22, 20131 MILANO  
TEL. E FAX 02 89694370  
345 5377522 | MAR. E VEN. 10.00 -12.00  
P.IVA 03943760821 | C.F. 97017820586

**PRESIDE**  
**ANTONINO APREA**  
[presidescuola@coirag.org](mailto:presidescuola@coirag.org) | [www.coirag.org](http://www.coirag.org)  
SEGRETERIA SCUOLA  
[segreteriapresidescuola@coirag.org](mailto:segreteriapresidescuola@coirag.org)  
RICONOSCIMENTO M.U.R.S.T. DEL 31.12.1993

COIRAG È MEMBRO DI  
I.A.G.P. INTERNATIONAL ASSOCIATION  
FOR GROUP PSYCHOTHERAPY  
AND GROUP PROCESSES  
F.I.A.P. FEDERAZIONE ITALIANA ASSOCIAZIONI  
DI PSICOTERAPIA