

SCHEDA INFORMATIVA SOCIO

Cognome e Nome PAGLIARINI MARINA.....

nata ROMA.....il 12/07/1956.....

residente a ROMA.....

in via SENAFFE' N. 11.....

tel/fax/cell06-86216689 338-4219240.....

mail marinapagliarini@libero.it.....

In caso affermativo indicare nome utente

facebook

twitter.....

linked in.....

skype.....

Iscritto alla Sipsa dal 1985qualifica attuale...ALLIEVO

Altre appartenenze...SINPIA dal1985 QUALIFICA :Neuropsichiatra Infantile

Breve profilo professionale e scientifico da inserire nel sito (max 5 righe)...

laurea in medicina e chirurgia nel 1981, specializzazione in Neuropsichiatria Infantile nel 1985, Medico di Medicina generale dal 1987 convenzionato con RMA e con studio in Roma via Foglia3, analisi personale con didatta della SPI, formazione in Psicodramma Analitico con la dott.ssa Elena Croce (1984-1987) conduzione di gruppi di Psicodramma Analitico per adolescenti presso l'Istituto di Neuropsichiatria Infantile dell'Universita' "La sapienza" di Roma (1985-1987), conduzione di un gruppo di Psicodramma Analitico dal 1997 con la dott.ssa C.Gasparroni, Omeopata dal 2004 e iscrizione all'Albo degli omeopati di Roma.....

.....
.....

Allegare foto in formato jpeg,png o gif (facoltativo ma opportuno x il sito)

Allegare Curriculum in formato europeo

Prendere visione e firmare l'Allegato 1 (potrà essere inviata copia scannerizzata e consegnato in originale alla prossima assemblea dei soci)

Allegato 1

INFORMATIVA AI SENSI DEL DECR. LGS. 196/03

La (Società Italiana di Psicodramma Analitico) La informa che i dati personali da Lei forniti sono registrati nei nostri archivi informatici e cartacei. Essi sono oggetto di trattamento soltanto in relazione alle finalità strettamente connesse e strumentali all'attività propria della S.I.Ps.A. quali: promozione di attività di ricerca, formazione, aggiornamento e scambio scientifico e culturale relativi alla psicologia clinica e alla psicoterapia.

Conferire da parte Sua i dati personali è facoltativo, tuttavia un Suo eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità di instaurare rapporti con la S.I.Ps.A.

Titolare del trattamento è la Presidente della Associazione ed il luogo è la sede della S.I.Ps.A.

Ai sensi dell'Art.7 del Decr. Lgs., Lei gode di una serie di diritti, tra i quali la possibilità di conoscere i Suoi dati personali presso di noi, di chiederci l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione degli stessi, di opporsi in tutto o in parte al loro trattamento. Tali diritti possono essere esercitati rivolgendosi al suddetto Titolare.

DICHIARAZIONE DI LIBERO CONSENSO PRIVACY

Preso atto di quanto sopra, consapevole dei diritti da me riconosciuti dalla legge, in specie dell'Art. 7, espressamente e consapevolmente

Il/La sottoscritto/anato/a..... il
residente a.....in.....

acconsente al trattamento, alla comunicazione e alla diffusione dei propri dati personali per il conseguimento delle finalità della S.I.Ps.A.

Data.....

(Firma leggibile)