******

***ASOCIACIÓN DE PSICOTERAPIA OPERATIVA PSICOANALÍTICA (APOP)***

**CURSO DE CONCEPCIÓN OPERATIVA DE GRUPO**

**HOJA DE INSCRIPCIÓN 2024-2025**

**DATOS:**

**NOMBRE Y APELLIDOS y DNI:**

**TELÉFONO:**

**E-MAIL:**

**PROFESIÓN:**

**ACTIVIDAD PROFESIONAL ACTUAL:**

**LUGAR DE TRABAJO:**

**SI ERES RESIDENTE, AÑO DE RESIDENCIA Y ESPECIALIZACIÓN:**

**\*** Autorización complementaria y **opcional**:

El/La abajo firmante otorga su consentimiento para que los datos personales relativo a nombre, apellidos, domicilio profesional, teléfono profesional, e mail, titulación sean utilizados por APOP, con el único fin relacionado con el arriba descrito curso de formación.

Fecha y Firma: .............................................................................

\* De conformidad con lo regulado en la Ley Orgánica 15/99, estos datos se tratarán de forma confidencial.