

A.M.I.S.I.
SCUOLA EUROPEA DI PSICOTERAPIA IPNOTICA® - A.M.I.S.I.
Società Italiana di Ipnosi Clinica - Fondazione AMISI

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Cod. Fisc. _____

Abitante a _____ C.A.P. _____ Via _____ N. _____

Pref. _____ Telefono _____ E-mail: _____

Laureato in _____ presso l'Università di _____ data _____

Iscritto all'Ordine Professionale dei Medici/Psicologi della _____

Prov./Reg. _____ N. _____ Da gg/m/a _____

chiede di iscriversi alla A.M.I.S.I. in qualità di Associato in formazione con frequenza alla Scuola Europea di Psicoterapia Ipnotica A.M.I.S.I., riconosciuta dal MURST con DM 21.4.98, per l'anno accademico 2026/2027.

Allega alla presente i documenti seguenti:

- ☐ Copia del certificato di Laurea
- ☐ Copia del certificato di Specializzazione
- ☐ Breve curriculum professionale
- ☐ Copia Iscrizione all'Ordine Professionale
- ☐ Autocertificazione corredata da fotocopia di un documento

Versamento 1^a rata quota associativa mediante:

- ☐ Bonifico bancario a:

A.M.I.S.I.

IT62 X033 5901 6001 0000 0116 815

BANCA INTESA SAN PAOLO

prende inoltre nota che la quota associativa annuale di formazione per frequenza al Corso, dovuta per intero anche in caso di sospensione o ritiro dagli studi, è di € 3.200,00 così suddivisa:

1°) allegata alla domanda, rata iniziale di € 1100,00;

2°) entro dicembre versamento della 2^a rata di € 1100,00

3°) entro 31 marzo 2027 saldo di € 1000,00.

(E' prevista la possibilità di pre-iscrizione entro il 30/6/26 con il versamento del 50% della rata iniziale pari a € 550,00) e saldo restante della prima rata entro il 01/09/2026.

data _____

Firma _____

Indirizzare in busta chiusa a:

A.M.I.S.I. Via Paisiello 28 - 20131 Milano
E-mail: amisi@virgilio.it - Sito web: www.amisi.it

