



**Asociația Română de Psihoterapie Centrată pe Persoană
ARPCP**

Strada Tache Ionescu nr 5, ap, 17, etaj 5, sector 1.
București

CERERE DE ÎNSCRIERE/REÎNSCRIERE

Nume	Nume anterior	Prenume
În formare în anul	Treapta de specializare în PCP	
Codul în RUP CPR	Alte specializări acreditate de CPR	
Domiciliat		
Data nașterii	Zi	lună an
Tel. mobil	E-mail	
Adresa de corespondență		
În cazul modificării adresei de corespondență, a numărului de telefon sau a adresei de e-mail, precum și a numelui de familie, mă angajez să anunț modificarea către ARPCP. Îmi asum toate consecințele ce pot rezulta din neanunțarea la timp a unor astfel de modificări.		
Datele personale nu vor fi folosite pentru alte scopuri decât cele care au legătura cu formarea și continuitatea formării profesionale, conform directivelor europene privind protecția datelor personale care sunt în vigoare și adoptate de ARPCP.		
Vă rog să îmi aprobați înscrierea/reînscrierea în Asociația Română de Psihoterapie Centrată pe Persoană.		
În situația de reînscriere vă rugăm să precizați principalul motiv al renunțării la statutul de membru ARPCP.....		

Îmi asum responsabilitatea pentru corectitudinea datelor din prezenta cerere și mă angajez să respect prevederile Statutului Asociației Române de Psihoterapie Centrată pe Persoană (ARPCP), ale Codului Etic și Deontologic al ARPCP și al Colegiului Psihologilor.

Data.....

Semnătura.....

**APROBAT
Președinte ARPCP**

Dosarul de înscriere va conține:

- Cererea de înscriere cu toate datele completate corespunzător
- Dovada achitării cotizației anuale și taxei de înscriere/reînscriere