



Instituto Cuatro Ciclos

SEMINARIO INTRODUCTORIO A LA REORIENTACIÓN CEREBRAL PROFUNDA,
CON EL DR. FRANK CORRIGAN / BASIC DBR TRAINING

Formulario de Registro - Registration Form

Nombre y Apellidos/ Name and Last Name	
EMAIL:	
Pais/ Country of residence:	
Profesión / Profession	
Nombre de Asociación o Colegio Profesional al que pertenece: Professional Regulatory Body:	
Estudios académicos de Grado / Licenciatura Academic Bachelor's Degree:	
Estudios de Posgrado / Master's Degree	
Trabajo actual / Current occupation	
Tipo de pacientes que atiende /Type of patients or clients you see in consultation	

Por medio de la presente confirmo que / I hereby certify that:

- a) Tengo la calificación profesional requerida para participar en esta formación y ejerzo en mi práctica profesional con la debida autorización para trabajar con pacientes con traumas provenientes de situaciones adversas de la infancia. He leído la política de cancelación y estoy totalmente conforme.

ENGLISH: I meet the requirement for the training selected. I am a registered Mental Health Practitioner, and I have experience providing trauma based treatment for early adversity. I have read the cancellation policy

Firmado /Signature: _____ Fecha/ Date _____

Envíe el formulario firmado a: Servicio al cliente: clients@institutocuatrociclos.com. Please sign and send to the following email address clients@institutocuatrociclos.com.