

**PERSONAL INFORMATION / ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

FULL NAME / ΟΝΟΜΑ

ID#

(only for ACG students/alumni)

ADDRESS /

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

CITY / ΠΟΛΗ

T.K

PHONES / ΤΗΛΕΦΩΝΑ

E-MAIL

Please check the appropriate: ACG Alumnus/a \_\_\_\_\_ ACG Student \_\_\_\_\_ IPSYPE Associate \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ:

ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ:

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΑΛΛΑ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ: ΝΑΙ – ΟΧΙ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΗ Ή ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΝΑΙ (ΕΤΗ: ..... ) – ΟΧΙ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ: ΝΑΙ (ΕΤΗ: ..... / ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ: ..... ΦΟΡΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΩΣ) – ΟΧΙ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΠΕΡΙΛΗΠΤΙΚΑ ΤΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΣΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ: