



SOMATIC EXPERIENCING® ITALIA

SOMATIC EXPERIENCING® - ITALIA ASSOCIAZIONE PROGETTO SOMAMENTE

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA: FORMAZIONE 2016 - 2019 IN SOMATIC EXPERIENCING®

Io SOTTOSCRITTO/A

NOME E COGNOME -----

DATA E LUOGO DI NASCITA -----

INDIRIZZO ----- C.A.P. -----

TELEFONO ----- MOBILE -----

E MAIL ----- EVENTUALE SITO WEB -----

CODICE FISCALE ----- PIVA -----

- CHIEDO DI ISCRIVERMI ALLA FORMAZIONE 2016-2019 DI SOMATIC EXPERIENCING®ITALIA
- HO PRESO VISIONE DEL PROGRAMMA DEL CORSO E DEL PROGRAMMA DI CERTIFICAZIONE
- MI IMPEGNO A VERSARE LA QUOTA DI REGISTRAZIONE ENTRO 15 GIORNI DALLA CONFERMA DI AMMISSIONE

- MI IMPEGNO A SALDARE IL COSTO DI OGNI SEMINARIO PRIMA DELL'INIZIO DELLE LEZIONI

QUOTA DI REGISTRAZIONE E SEMINARI POSSONO ESSERE PAGATI:

- IN CONTANTI IN SEDE
- CON ASSEGNO INTESTATO ALL'ASSOCIAZIONE PROGETTO SOMAMENTE
- TRAMITE BONIFICO BANCARIO INTESTATO AD: ASSOCIAZIONE PROGETTO SOMAMENTE IBAN: IT97 Y050 1801 6000 0000 0126 455 BIC: CCRTIT2T84A

ALLEGARE: BREVE CURRICOLO PROFESSIONALE CON INDICATO L'ATTUALE LAVORO ED IL PRINCIPALE INTERESSE NELLA FORMAZIONE S.E. (UNA FOTOGRAFIA RECENTE È GRADITA)

◊ RICHIEDO (SEGNARE PER PRENOTARLI) I CREDITI E.C.M (CIRCA 50) RICHIESTE PER PSICOLOGI E PSICOTERAPEUTI E SONO DISPONIBILE A RIMBORSARE ALL' ASSOCIAZIONE L'IMPORTO ANNUO CONCORDATO PER LE SPESE SOSTENUTE. I CREDITI VENGONO RILASCIATI OGNI ANNO DOPO IL SEMINARIO AUTUNNALE.

◊ SONO IN BUONE CONDIZIONI FISICHE, EMOZIONALI E MENTALI E POSSO PARTECIPARE ALLE NORMALI ATTIVITÀ PROPOSTE.

◊ DESIDERO SEGNALARE LE SEGUENTI PROBLEMATICHE RELATIVE ALLA MIA SALUTE CHE POSSONO RICHIEDERE ATTENZIONE RISPETTO LE ATTIVITÀ PROPOSTE NEI SEMINARI PROPOSTI (PROBLEMI FISICI, PSICHICI, MEDICINALI IN CORSO.....)

DATA _____ FIRMA _____

AI SENSI DELL'ART. 10, LEGGE 675/96 SULLA TUTELA DELLE PERSONE O DI ALTRI SOGGETTI RISPETTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI. AUTORIZZO L'ASSOCIAZIONE PROGETTO SOMAMENTE A CONSERVARE I MIEI DATI PERSONALI NEL PROPRIO ARCHIVIO PER USO INFORMATIVO ED AMMINISTRATIVO.

DATA _____ FIRMA _____

L'ASSOCIAZIONE PROGETTO SOMAMENTE SI IMPEGNA A NON DIVULGARE I DATI PRESENTI IN QUESTO MODULO A TERZI.

L'ISCRIZIONE CON QUESTO MODULO SE ACCETTATA E SEGUITA DAL VERSAMENTO DELL'ACCONTO È DEFINITIVA

L'EVENTUALE RITIRO PRIMA DELLA PARTENZA DEL PRIMO MODULO (24 NOVEMBRE 2016) NON PREVEDE LA RESTITUZIONE DELL'ACCONTO.

INVIARE IL MODULO A:

ASSOCIAZIONE PROGETTO SOMAMENTE - SOMATIC EXPERIENCING - ITALIA.

VIA MAIOCCHI 18 - 20129 MILANO. TEL. 02.2951.0029

FATECI PERVENIRE LE ISCRIZIONI AL PIÙ PRESTO, PER ASSICURARVI LA VOSTRA PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE ED AGEVOLARE IL LAVORO ORGANIZZATIVO.

INFO@SOMATIC-EXPERIENCING.IT

WWW.SOMATIC-EXPERIENCING.IT