



SOMATIC EXPERIENCING® ITALIA

SOMATIC EXPERIENCING® - ITALIA ASSOCIAZIONE PROGETTO SOMAMENTE

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA: FORMAZIONE 2015-2018 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 2015-2018 di SOMATIC EXPERIENCING®ITALIA

- **HO PRESO VISIONE** DEL PROGRAMMA DEL CORSO E DEL PROGRAMMA DI CERTIFICAZIONE

- **MI IMPEGNO** A VERSARE L'ACCONTO ENTRO 15 GIORNI DALLA CONFERMA DI AMMISSIONE

QUESTO IMPORTO SARÀ SCALATO DALL'ASSOCIAZIONE ALL'ULTIMO SEMINARIO CHE SI SVOLGERÀ NELLA PRIMAVERA 2018

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

ACCONTO 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**

ALLEGRO: 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 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 (03 NOVEMBRE 2015) 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.