

Stampare ed inviare firmato e compilato in stampatello in ogni parte per posta o email

Associazione di Integrazione Posturale Transpersonale  
Via Scarlatti 20, 20124 Milano  
Tel. Fax: 02-29527815  
E-mail: corsi@integrazioneposturale.it

## Entrare nel flusso

# GIOVANI SI DIVENTA

## Seminario intensivo di Integrazione Psicocorporea con Massimo Soldati

Frabosa Soprana, 22-25 giugno 2017

Con la presente mi iscrivo all'**INTENSIVO DI INTEGRAZIONE PSICOCORPOREA** dal 22 al 25 giugno 2017 a Frabosa Soprana (CN). Check in aula alle 18.00 del 18 e termine entro le 15.30 del 25 giugno.

**CONTRIBUTO:** L'Intensivo è riservato ai soci AIPT in regola: il contributo istituzionale è di euro 320 (euro 250 tariffa SPECIALE early registration entro il 18-5-2017), compresa l'iscrizione AIPT per i nuovi soci. Escluso pensione completa in albergo a costo scontato riservato (vedi scheda D).

**CREDITI ED AGEVOLAZIONI FORMATIVE:** AIPT offre ai nuovi soci iscritti un assegno studio; il 50% del costo dell'intensivo, escluso 20 € iscrizione AIPT, sarà interamente detratto dalla retta del primo anno del Corso di Integrazione Posturale e Bodywork Transpersonale successivo (2018) se si decide di continuare la formazione. Le ore sono riconosciute parte del monte ore formativo AIPT. Verranno richiesti crediti ECP.

Nome e cognome.....

Indirizzo..... cap..... Città.....

Data e luogo di nascita.....

Telefono uff..... Telefono priv..... Fax.....

Email..... Sito Internet .....

Titolo di studio.....professione .....

Esperienze nel campo .....

P. Iva..... C.F. ....

Iscrizione entro 2-6-17. Iscrizione e prenotazione del posto si intendono avvenute solamente una volta pervenuto il pagamento di euro 320,00, (euro 250 early bird entro il 18-5-17). Tale cifra va intestata ad: Associazione AIPT, Via Scarlatti 20, 20124 Milano. Cancellazione anche via email entro 21 gg. dall'inizio del seminario: sarà trattenuto il 30% più 20 € iscrizione AIPT. In caso di improbabile annullamento per causa forza maggiore sarà restituito il 100% tranne 20 euro di iscrizione alla AIPT.

Effettuerò il pagamento una volta ricevuta email di accettazione tramite uno dei seguenti mezzi: (segnare con una x)

- assegno bancario
- contanti
- Bonifico bancario c/o Deutsche Bank, iban: IT78R031040160500000820254 (allegare fotocopia).

Allegare:

- Una copia compilata delle schede B, C, D.

Ho letto con attenzione ed iscrivendomi al seminario intensivo accetto integralmente quanto sopra riportato.

Data..... Firma.....

**Attenzione: la domanda di iscrizione al corso deve essere precedente di almeno 48 ore al versamento.  
ATTENDERE EMAIL DI ACCETTAZIONE PRIMA DI VERSARE**

## INFORMAZIONI SULLE CONDIZIONI DI SALUTE

Il seminario è inteso come esperienza di crescita personale. L'impiego di tecniche corporee può suscitare esperienze ad alta carica emotiva e fisica, benché ogni partecipante possa autoregolarsi. Ti chiediamo di segnalarci se hai gravi problemi cardiovascolari, angiologici, ipertensivi, malattie mentali, epilessia, glaucoma, malattie infettive in atto o se sei reduce da recenti interventi chirurgici o fratture.

In caso di dubbio consulta gli organizzatori.

Le risposte alle seguenti domande sono indispensabili per gli organizzatori allo scopo di valutare le tue condizioni di salute e saranno mantenute strettamente confidenziali, nel rispetto della privacy.

Segnare con una x:

- |                                                                                     |                                                                          |                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Soffrite o avete mai sofferto di:                       | attuali                                                                  | motivi psichiatrici?                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> malattie cardiovascolari, compreso infarto                 | <input type="checkbox"/> glaucoma                                        | <input type="checkbox"/> 5. Siete attualmente in qualche terapia o facenti parte di qualche gruppo di recupero?                           |
| <input type="checkbox"/> ipertensione                                               | <input type="checkbox"/> distacco della retina                           | <input type="checkbox"/> 6. State assumendo farmaci?                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> malattie mentali                                           | <input type="checkbox"/> epilessia                                       | <input type="checkbox"/> 7. Ci sono state delle complicazioni durante la vostra nascita? Parto cesareo? Anestesia?                        |
| <input type="checkbox"/> recenti interventi chirurgici                              | <input type="checkbox"/> osteoporosi                                     | <input type="checkbox"/> 8. Ce' qualche altra cosa riguardo alla vostra condizione fisica o psichica di cui dovremmo essere a conoscenza? |
| <input type="checkbox"/> passate o recenti ferite, compreso fratture e dislocazioni | <input type="checkbox"/> asma                                            |                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> malattie infettive e trasferibili recenti o                | <input type="checkbox"/> patologie angiologiche                          |                                                                                                                                           |
|                                                                                     | <input type="checkbox"/> 2. Siete attualmente in stato di gravidanza?    |                                                                                                                                           |
|                                                                                     | <input type="checkbox"/> 3. Siete mai stati ricoverati per gravi motivi? |                                                                                                                                           |
|                                                                                     | <input type="checkbox"/> 4. Siete mai stati ricoverati per               |                                                                                                                                           |

Se hai risposto SI anche solo ad una di queste domande, sei pregato di specificare i dettagli, eventualmente anche su un altro foglio da allegare e contattare per tempo la segreteria per stabilire modalità ed opportunità della tua partecipazione.

.....

.....

.....

.....

**Confermo di aver letto attentamente e compreso i contenuti sopra riportati e di aver risposto a tutte le domande in modo esauriente ed onesto, senza aver omesso alcuna informazione. Dichiaro, per quanto mi risulta e dopo aver consultato il medico curante, di essere in uno stato di buona salute generale.**

Nome e cognome (in stampatello).....

Data.....

IN FEDE, Firma.....

## DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO ORDINARIO/ RINNOVO QUOTA

## ALLA ASSOCIAZIONE CULTURALE

AFFILIATA CSEN, ENTE DI PROMOZIONE SPORTIVA RICONOSCIUTO DAL CONI  
 AFFILIATA INTERNATIONAL COUNCIL OF PSYCHOCORPORAL INTEGRATION TRAINERS  
 CORSI RICONOSCIUTI ASSOCOUNSELING, ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE DI CATEGORIA

**ASSOCIAZIONE DI INTEGRAZIONE POSTURALE TRANSPERSONALE**

SEDE IN VIA SCARLATTI N° 20, 20124 MILANO. Cod. fisc 97236940157

Il sottoscritto/a .....  
 Nato/a a ..... Prov ..... il .....  
 residente a ..... Prov .....  
 In via..... n° ..... cap.....  
 Tel ..... E-mail.....  
 c.f. (necessario).....

 **CHIEDE DI ESSERE AMMESSO**

dopo aver preso visione e approvato lo statuto sociale ed il regolamento interno, dopo essere stato informato che in caso di attività ludico motorie potrà ricevere una tessera dello CSEN, ente di promozione sportiva riconosciuto dal C.O.N.I., che mi verrà rilasciata al momento dell'iscrizione e dopo essere stato informato che ogni anno si terrà l'assemblea per l'approvazione del bilancio entro il 30 di giugno, **quale socio della Associazione di Integrazione Posturale Transpersonale** (AIPT) attenendosi a pagare la quota sociale determinata per l'anno in corso (euro 20).

Firma per presa visione e accettazione (socio) .....

Il socio è a conoscenza dell'obbligatorietà di presentazione e consegna del certificato medico di sana e robusta costituzione in corso di validità agli addetti dell'associazione, al fine di poter svolgere le varie attività sociali ludico motorie e formative alle quali vorrà partecipare. Il consiglio direttivo dell'associazione, in assenza del previsto certificato medico, si avvale della facoltà di deliberare l'impedimento al socio di svolgere qualsiasi attività.

Firma per presa visione e accettazione (socio) .....

Ricevuta informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali e sensibili, ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo numero 196 del 30/6/2003, recante il nuovo codice in materia di protezione dei dati personali, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e istituzionali, per lo svolgimento dell'attività istituzionale, organizzativa e tecnica e la gestione del rapporto associativo. Nello specifico i dati saranno trasmessi al comitato provinciale CSEN di competenza ed alla società Sport Servizi No Profit, che collaborano per l'erogazione dei servizi riferiti agli scopi di cui sopra. Ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo n° 196/2003, recante disposizioni sul nuovo codice in materia di protezione dei dati personali, si informa che i dati da lei forniti, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza. Tali dati verranno trattati per le sole attività istituzionali, pertanto, strettamente connesse alle attività statutarie. Il trattamento dei dati avverrà mediante l'utilizzo di supporto telematico, o cartaceo, idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. In relazione ai predetti trattamenti, Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del d. lgs. N° 196/2003 ( cancellazione , modifica , opposizione al trattamento ).

Il sottoscritto, **consapevole che il mancato consenso comporta la non accettazione** della domanda, **autorizza inoltre espressamente** AIPT alle registrazioni audio/ video della propria persona, ad uso didattico, scientifico e di diffusione sociale (sito, tv, giornali, pubblicazioni scientifiche ecc.).

Luogo ..... Data .....

Firma per presa visione e accettazione (socio) .....

Esente da bollo in modo assoluto – art. 7 – tabella – allegato B – D.P.R. 26.10.1972 n° 642

**Attenzione: da compilare solo per i nuovi soci richiedenti l'ammissione.  
 La domanda di iscrizione al corso deve precedere di almeno 48 ore il versamento.**

## ALLOGGIO INTENSIVO 2017

**Arrivo:** giovedì 22 giugno 2017 primo servizio incluso la cena  
**Partenza:** domenica 25 giugno ultimo servizio incluso il pranzo  
**Sistemazione:** camere doppie, eventuali triple o singola

### Accesso SPA

L'ingresso alla SPA per gli iscritti al corso è di 15 € anziché 25 e sono previsti sconti su tutti i trattamenti e i massaggi

Vedi [Catalogo SPA](http://miramonti.cn.it/hotel-centro-benessere/catalogo-mspa.pdf) <http://miramonti.cn.it/hotel-centro-benessere/catalogo-mspa.pdf>

### Ospiti esterni non alloggiati in hotel:

L'utilizzo della sala di lavoro è riservato esclusivamente agli ospiti alloggiati in hotel, qualora ci siano visite concordate con la segreteria AIPT e l'hotel sarà possibile accedere alle sale di lavoro con le seguenti tariffe: utilizzo sala per partecipanti non alloggiati € 15 al giorno  
 forfait giornaliero per ospiti esterni non alloggiati (pranzo+break+ utilizzo sala) € 25

### Check In / Check Out Camere

Le camere sono disponibili a partire dalle 14.00 del giorno d'arrivo. Il giorno della partenza, siete pregati di liberarle entro le 10.30. Secondo la disponibilità è possibile arrivare preavvertendo già anche per il pranzo occupando la camera appena pronta.

Possibilità di prenotare LATE CHECK OUT 15,00€ a camera (secondo disponibilità camere)

### Indirizzo

HOTEL MIRAMONTI, Via Roma 84, 12082 Frabosa Soprana (CN)  
 www.miramonti.cn.it, info@miramonti.cn.it, tel.+39(0)174244533, fax. +39(0)174244534

## PRENOTAZIONE

I costi giornalieri a noi riservati per il soggiorno di **3 giorni in pensione completa. Sottolineiamo la alta qualità della cucina ed ospitalità:**

- ◆ 69,00 € per persona in camera doppia
- ◆ 85,00 € per persona in camera singola
- ◆ 75,00 €, singola molto piccola. Solo due stanze.
- ◆ 61 € per persona in camera tripla o quadrupla

## PER UN TUO CONFORTEVOLE SOGGIORNO:

*Marcare con una x per presa visione ed accettazione*

- Sono consapevole che sta a me prenotare per tempo l'alloggio presso l'Hotel Miramonti, in caso contrario non mi sarà garantito posto nell'Hotel.
- Ho particolarità alimentari (intolleranze, menù veg, ecc.) che riporto di seguito (fondamentale avvertire prima, non è garantito altrimenti di poter soddisfare queste necessità):

.....  
**Ho letto con attenzione ed iscrivendomi al seminario intensivo accetto integralmente quanto sopra riportato.**

Nome..... Cognome.....

Data..... Firma.....