

Associazione di Integrazione Posturale Transpersonale

Via Scarlatti 20, 20124 Milano

Tel.: 02-29527815

E-mail: corsi@integrazioneposturale.it

SII CIÒ CHE SEI

Workshop di Integrazione Posturale e Bodywork Transpersonale®

Dr. MASSIMO SOLDATI

FIRENZE, 11 novembre 2017

Con la presente mi iscrivo al workshop **SII CIÒ CHE SEI**, condotto da **MASSIMO SOLDATI** l'11 novembre 2017 a Firenze dalle 11.00 alle 18.00.

CONTRIBUTO: Il workshop è riservato ai soci AIPT in regola: il contributo istituzionale MINIMO è di euro 70, compresa l'iscrizione AIPT solo per i nuovi soci. Grazie per i vostri contributi maggiori!

CREDITI FORMATIVI: Il workshop non dà crediti, ma attestato a richiesta. Le ore sono valide per il monte ore formativo AIPT.

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

Come hai appreso dell'evento?.....

C.F.

La iscrizione e la prenotazione del posto si intendono avvenute solamente una volta pervenuto il contributo minimo di euro 70,00 (o cifra maggiore se si vuole contribuire). Tale cifra va intestata ad: Associazione AIPT, Via Scarlatti 20, 20124 Milano. Cancellazione anche via email entro 21 gg. dall'inizio del seminario: saranno trattenuti 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 e firmata delle schede B e C.

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

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

La domanda di iscrizione al corso comprende le pagine da 1 a 3 e deve essere precedente di almeno 48 ore al versamento. ATTENDERE EMAIL DI ACCETTAZIONE PRIMA DI VERSARE

INFORMAZIONI SULLE CONDIZIONI DI SALUTE

Il workshop 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 avete risposto SI anche solo ad una di queste domande, siete pregati di specificarne i dettagli, eventualmente anche su un altro foglio da allegare e contattare per tempo la segreteria per stabilire le modalità ed opportunità della vostra 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

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 potrei 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 per motivi formali deve essere precedente di almeno 48 ore al versamento.
ATTENDERE EMAIL DI ACCETTAZIONE PRIMA DI VERSARE.

LOGISTICA WORKSHOP

Check in: ore 11.00

Orario: 11.00 -18.00

Indirizzo

CMO (centro medicina osteopatica) Via Ungheria, 32, FIRENZE

Contatto:

Camilla Cappuccini 3499020809.

Iscrizione

È richiesta iscrizione per tempo.

Per una tua confortevole partecipazione

Lavoreremo con il corpo, perciò ti chiediamo di portare vestiti comodi per workout e calze antiscivolo. Un lenzuolino ed un plaid possono rendere più confortevole il lavoro a terra.

