

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

# Intensivo Residenziale BODYWORK, RESPIRO, MEDITAZIONE

## Seminario intensivo di Integrazione Posturale con Massimo Soldati

Frabosa Soprana, 31 maggio- 3 giugno 2019

Con la presente mi iscrivo all'**INTENSIVO DI INTEGRAZIONE POSTURALE** dal 31 maggio al 3 giugno 2019 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 120 tariffa SPECIALE early registration entro il 25-04-2109, compresa l'iscrizione AIPT per i nuovi soci, in seguito euro 190. 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 (2020) 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 21 giorni dall'inizio. Iscrizione e prenotazione del posto si intendono avvenute solamente una volta pervenuto il pagamento di euro 120, early bird entro il 25-04-2109, 190 in seguito.) Tale cifra va intestata ad: Associazione AIPT, Via Scarlatti 20, 20124 Milano. Cancellazione anche via email entro 21 gg. dall'inizio del seminario.

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 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, 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) .....

**PRESTO AD AIPT INOLTRE LE SEGUENTI AUTORIZZAZIONI**

**(barrando con una x, tutte sono necessarie per la accettazione)**

- Consenso privacy.** I vostri dati saranno trattati e conservati con cura da AIPT, via Scarlatti 20, 20124 Milano. Dopo aver letta la privacy policy AIPT sul sito [integrazioneposturale.com](http://integrazioneposturale.com) e ricevuta informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali e sensibili, ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo numero 196 del 30/6/2003 e GDPR, 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 possono essere trasmessi al commercialista, al comitato provinciale CSEN di competenza od altre organizzazioni similari, che collaborano per l'erogazione dei servizi riferiti agli scopi di cui sopra. I dati da lei forniti, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normative sopra richiamate 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/a, 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.)
- Il sottoscritto/a autorizza AIPT ad inviare informative non periodiche tramite newsletter.

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. Attendi la accettazione..**

## ALLOGGIO INTENSIVO 2019 IN BREVE

**Arrivo:** 31 maggio 2019 primo servizio incluso la cena

**Partenza:** domenica 3 giugno ultimo servizio incluso il pranzo

**Sistemazione:** camere doppie, eventuali triple o singola

### 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.

### 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) € 29

### 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:**

❖ 72,00 € per persona in camera doppia

❖ 64 € per persona in camera tripla o quadrupla

❖ Supplemento singola o camera Superior: Camera Superior "Del Bosco" o "M-Room" +5,00€ (su richiesta in base alle disponibilità), Camera singola COMFORT "easy room" +17,00€, Camera doppia uso singola SUPERIOR M-Room +27,00€ (su richiesta in base alle disponibilità), Camera singola "piccola" +5,00€ n°2 disponibili.

Da applicarsi sul costo giornaliero della camera doppia. La tipologia di camera è visualizzabile sul [sito](#) dell'Hotel Miramonti. Per ulteriori info contattare l'Hotel..

## INFORMAZIONI COMPLETE SULLA BROCHURE

[M2-Intensivo 2019 Infopratiche](#)

## PER UN TUO CONFORTEVOLE SOGGIORNO:

*Marcare con una x per presa visione ed accettazione ed inviare*

- 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)

Porta abbigliamento comodo per muoverti, danzare, rilassarti.

Per qualsiasi necessità relativa al corso: Segreteria [segr@integrazioneposturale.it](mailto:segr@integrazioneposturale.it)

Per qualsiasi necessità relativa all'alloggio: Hotel Miramonti [info@miramonti.cn.it](mailto:info@miramonti.cn.it)

Data

Firma \_\_\_\_\_