

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

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

Master LAVORARE CON I TRE CERVELLI

La presenza integrata nella relazione corporea
Bologna, dal 20 gennaio 2018

Con la presente mi iscrivo al master **LAVORARE CON I TRE CERVELLI. LA PRESENZA INTEGRATA NELLA RELAZIONE CORPOREA.**

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 e prenotazione del posto si intendono avvenute solamente una volta pervenuto il pagamento della iscrizione o della prima rata. Tale cifra va intestata ad: Associazione AIPT, Via Scarlatti 20, 20124 Milano. Cancellazione anche via email entro 21 gg. dall'inizio del corso: saranno trattenuti 20 € iscrizione AIPT. In caso di improbabile annullamento per causa forza maggiore sarà restituito il 100% tranne 20 euro di iscrizione primo anno alla AIPT.

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

- assegno bancario
- contanti (entro 999,99 euro)
- 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 corso accetto integralmente quanto sopra riportato e quanto riportato nelle schede B, C, D e nel Programma del Master Lavorare con i Tre Cervelli.

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 corso 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 potrò 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.**

CONDIZIONI ISCRIZIONE

Art. 1. Il corso è riservato ai soci AIPT, che sono tenuti a pagare la quota associativa annuale fissata (20 euro). La iscrizione al corso va completata entro 21 giorni dall'inizio, essa si ritiene valida e completa solo con il pagamento del contributo istituzionale di:

Euro 1.750, compreso iscrizione AIPT.

È possibile rateizzare 600 all'iscrizione + 3 rate al 2, 4 e 6 incontro. I pagamenti vanno intestati a: Associazione A.I.P.T., Via scarlatti 20, 20124 Milano.

Art.2. Il corso deve essere frequentato con puntualità e regolarità. Sono accettate max 20% di assenze. La frequenza all'Intensivo Residenziale è obbligatoria e recuperabile a spese dell'allievo durante la eventuale edizione dell'anno successivo.

Art. 3. In caso di rinuncia da parte di uno studente a frequentare prima dell'inizio del corso, la quota di iscrizione corso verrà restituita trattenendo il 30% e la quota associativa solo se la disdetta perverrà per iscritto anche via email entro il 21° giorno precedente l'inizio del corso.

Art. 4. Una volta iscritto al corso lo studente si impegna a corrispondere la intera quota annuale anche se rinuncia parzialmente o totalmente alla frequenza.

Art. 5. In caso di mancato pagamento anche di una sola rata o di mancata produzione dei documenti richiesti l'iscritto al corso non potrà partecipare alle lezioni sino alla regolarizzazione del dovuto, perdendo così il beneficio del termine del corso e dell'attestato.

Art. 6. Nel caso eccezionale di sospensione dell'anno di training una volta iniziato per qualsiasi causa intervenuta, verrà restituita la parte di retta pagata relativa ai giorni di corso non fruiti, meno il 15% di essa a copertura delle spese organizzative, non tenendosi AIPT in questo caso obbligata in alcun modo a corrispondere diplomi, attestati o certificazioni.

Art. 7. Per ogni altra questione chiedere in segreteria.

Ho letto con attenzione ed iscrivendomi al Master Lavorare con i Tre Cervelli accetto integralmente quanto sopra riportato.

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

Data..... IN FEDE, Firma.....