

## **MODALITA' E CONDIZIONI DI ISCRIZIONE**

- **Inviare il Modulo** di iscrizione FIRMATO E COMPILATO IN OGNI SUA PARTE unitamente alla **RICEVUTA DEL BONIFICO** :
- per e.mail: [paolafedera@gmail.com](mailto:paolafedera@gmail.com) (con firma scannerizzata)
- o per posta prioritaria a : CENTRO PSICOLOGICO E TERAPIE NATURALI , att.ne dott.ssa Paola Federici, via Binaschi 19 – 20082 BINASCO (Milano)
- **ISCRIZIONI:** , inviare il modulo e il 50% della quota. Il saldo un mese prima del corso.
- **Data scadenza:** a esaurimento posti .
- **Numero chiuso: 20 posti (Corso Disegno ) – 15 (Training Autogeno base) – 10/12 posti per TA superiore.**
- 
- **Il bonifico va effettuato : su c/c intestato ASSOCIAZIONE TERAPIE NATURALI – Banca d'appoggio CASSA RURALE E ARTIGIANA DI BINASCO, via Turati, 2 – BINASCO (MILANO)**
- **IBAN: IT 62 Z 08386 32550 000000306507**
- indicando la causale).Informare il Centro dell'effettuato pagamento con una mail.
- 

**La cifra indicata nel programma dà diritto :**

- iscrizione al corso in questione
- attestato di frequenza
- Appunti sulle lezioni del corso + CD del corso con gli esercizi per il TA (base)
- Dispensa per corso sul disegno
- Tessera associativa al Centro ASSOCIAZIONE TERAPIE NATURALI di socio frequentatore

### **SCONTI**

**10% per neolaureati in attesa di esame di stato e non ancora iscritti all'Albo.**

**10% per iscrizioni cumulative di almeno 3 partecipanti.**

**Per iscriversi inviare la pag. seguente compilata e firmata**

**MODULO DI ISCRIZIONE** (barrare SI a fianco del corso prescelto)

**CORSO DI TRAINING AUTOGENO (1° livello base) autunno 2015 ottobre/nov.  SI  NO**

**CORSO TRAINING AUT. SUPERIORE  SI  NO (date da definire)**

**C.so INTERPRET. DISEGNO : autunno 2015 ottobre/nov.  SI  NO**

Nome.....Cognome.....residente.....Prov.....CAP.....  
Via .....n.....nato il.....a.....  
C.F.....P.IVA.....LAUREA.....  
Professione.....Iscritto/a Albo.regione.....Al Num.....  
Tel. ....fax.....Cell.....  
Indirizzo posta elettronica.....(scrivere stampatello)

**Condizioni iscrizione (lette e approvate):**

*-L'iscrizione è subordinata al versamento dell'intera quota di euro.....(seguirà ricev.fiscale).*

***-Il corso si terrà al raggiungimento di almeno 8 iscrizioni. In caso di mancata effettuazione del corso per non raggiungimento del numero minimo, le cifre versate saranno restituite o, se il corsista preferisce, accantonate per la sessione riproposta in data successiva.***

- ***In caso di rinuncia da parte di corsisti già iscritti al corso saranno trattenute euro 80 per spese organizzative, se la rinuncia avvenga almeno 30 gg. prima dell'inizio del corso, comunicata per iscritto con lettera raccomandata. Dopo tale data (dai 30 gg. prima fino al giorno prima del corso) la cifra versata non sarà rimborsata per nessun motivo.***
- ***Gli organizzatori si riservano la possibilità, in caso di gravi motivi di forza maggiore che impediscano l'esecuzione del corso nelle date stabilite, , di spostare il corso stesso in altre date successive, che i corsisti potranno accettare o meno (in tal caso sarà restituita l'intera quota)***

Accetto le condizioni sopra elencate.

Firma per accettazione.....Data.....

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto/a.....acconsente, ai sensi degli art. 11,20,22, 24, 28 della legge 31-12.96 n.675 al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali ad opera del CENTRO PSICOLOGICO organizzatore del corso per i soli scopi inerenti al corso stesso e per fornire le informazioni necessarie al suo svolgimento. I dati potranno essere utilizzati per successive informazioni al sottoscritto per ulteriori eventuali corsi da parte della segreteria organizzativa. Resta fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della Legge n. 675/96.

Data e luogo .....Firma.....