



Modulo d'iscrizione
Scuola di Craniosacrale Biodinamico - BOLOGNA

Il sottoscritto/a (nome e cognome).....
Nato/a a.....il.....
Residente in.....Provincia.....Cap.....
Tel.Abitazione.....Cellulare.....Tel.Lavoro.....
Fax.....Indirizzo e-mail.....
Codice Fiscale.....P.IVA (se posseduta).....

chiede di partecipare al modulo II "Le Esplorazioni" - anno 2012

Costi

€ 2100 da pagarsi in 3 rate, tramite *Bonifico Bancario sul C.C. Intestato a I.S.I. Centro di Salute Consapevole presso CASSA DI RISPARMIO DI CESENA - Via Largo Caduti del Lavoro, 1/A - IBAN IT18 F061 2002 400C C029 0004 380- causale: Prima/Seconda/Terza rata Scuola Craniosacrale* (inviare copia del versamento via fax allo 051/ 230636 o via e-mail a info@isibologna.it):

- La prima rata di € 700, entro il 10 gennaio 2012
- La seconda rata di € 700, entro il 1 giugno 2012
- La terza rata di € 700, entro il 1 ottobre 2012

Il costo comprende le guide di studio e il materiale didattico, ma non la quota per la tessera associativa annuale di € 15 da versare al momento dell'iscrizione.

Si richiede un acconto di € 200 al momento della pre-iscrizione che sarà detratto dall'importo della prima rata

Modalità di iscrizione

Provvedere al versamento della quota di prescrizione (200 €) sul C.C. intestato a I.S.I. Centro di Salute Consapevole presso CASSA di RISPARMIO di CESENA - Via Largo Caduti del Lavoro, 1/A - IBAN IT18 F061 2002 400C C029 0004 380- causale: Acconto Scuola Craniosacrale.

- inviare la presente richiesta, il questionario e copia del versamento via fax allo 051/230636 o via e-mail a info@isibologna.it

Entro e non oltre il 19 Dicembre 2011

Rinuncia

In caso di rinuncia, da comunicarsi a mezzo fax entro e non oltre il 10 Gennaio 2012, l'Istituto provvederà al rimborso della quota di pre-iscrizione. In caso di mancata frequenza ad alcune giornate del corso è dovuto l'intero costo. In caso di rinuncia dopo il primo seminario, l'Istituto ISI tratterà la somma corrispondente alla prima rata.

Sono a conoscenza che i miei dati personali sono raccolti in base alla legge 196/2003, disponibili presso la sede dell'associazione e acconsento affinché i miei dati vengano trattati e conservati per gli usi prescritti dalla legge; dichiaro inoltre che i dati da me forniti corrispondono al vero e che sarà mia cura e responsabilità comunicare immediatamente la variazione degli stessi, assumendomi la responsabilità per quanto dovesse derivare dalla mancata comunicazione. In qualsiasi momento ho diritto alla cancellazione del mio nominativo.

Data: _____ Firma del partecipante: _____

Questionario

Siete pregati di compilare e restituire il seguente questionario insieme alla vostra domanda di iscrizione. Informazioni che si desiderano tenere private potranno essere eventualmente comunicate in seguito, grazie



Nome e Cognome.....

Formazione scolastica e professionale (diplomi, lauree, corsi, durata, ore) :

.....
.....

Qualificazione professionali (albi, associazioni appartenenza):

.....
.....

Se già lavori nel campo della terapia e della salute, descrivi brevemente la tua pratica professionale (Natura del lavoro, clienti per settimana...):

.....
.....
.....

Conoscenze di anatomia e fisiologia (corsi, ore d'insegnamento)

.....
.....
.....

Relazioni familiari: (celibe/nubile, sposato/a, divorziato/a, vedovo/a, figli...)

.....
.....

Storia della salute (operazioni, incidenti, parti, traumi, cadute, ricoveri, malattie..)

.....
.....
.....
.....
.....

Storia della tua nascita (qualsiasi dettaglio di cui sei al corrente, parto naturale, anestesia, durata, contesto, etc.)

.....
.....