

**Modulo d'iscrizione ai singoli seminari**  
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 seminario/i (barrare con una x):**

Le Basi Biodinamiche – anno I			Le Esplorazioni – anno II		
1	3/4/5 febbraio	Seminario introduttivo Presenza	1	20/21/22 gennaio	la coscienza, seni venosi e ventricoli
			2	24/25/26 febbraio	Il cervello e stati di coscienza delle maree
			3	30/31 marzo, e 1 aprile	Il cuore, la relazione
			4	1/2/3 giugno	La storia familiare e influenza sul sentire
			5	30 agosto e 1,2 sett.	Viso, bocca, denti e nutrimento
			6	12/13/14 ottobre	Viso ed espressione
			7	14/15/16 dicembre	La nascita e il parto

**Costi**

€ 320,00 (per ogni altro singolo seminario) più quota associativa annuale di € 15 da pagarsi con *Bonifico Bancario sul C.C. intestato a I.S.I. Centro di Salute Consapevole presso CASSA di RISPARMIO di CESENA – IBAN IT18 F061 2002 400C C029 0004 380- causale: Iscrizione Seminario n°...del .../.../2011, Scuola Craniosacrale.*  
Il costo comprende le guide di studio e il materiale didattico relativo al singolo seminario.

Si richiede un acconto di € 100 al momento della pre-iscrizione ad ogni singolo seminario che sarà detratto dall'importo totale

**Modalità d'Iscrizione**

*Provvedere al versamento della quota di prescrizione (100 €) sul C.C. intestato a I.S.I. Centro di Salute Consapevole presso CASSA di RISPARMIO di CESENA – IBAN IT18 F061 2002 400C C029 0004 380- causale Acconto Seminario n°...del .../.../2010, 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 la settimana precedente la data di ogni seminario.**

*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

FOTO  
Per favore  
allegare

**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.)

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