

Stampare ed inviare per posta o fax

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

# Il Potere della Meditazione

## Bodywork, Movimento e Respirazione per trasformare la coscienza

Con la presente mi iscrivo all' **INTENSIVO DI INTEGRAZIONE POSTURALE** con Massimo Soldati dal 14 al 17 GIUGNO 2009 a Bobbio. Inizio alle 18.30 del 14 e termine entro le 15.00 del 17 giugno.

Costo: euro 252,00, entro il 14-5-09 oppure euro 285,00 entro il 7-6-09, compresa iscrizione AIPT. Pensione completa in cascina euro 65,00 (attenzione: pochi posti, prenotare per tempo) per altre sistemazioni contattare lo staff della Cascina Morina, tel. 0523 - 93.62.04 .

Nome e cognome.....

Indirizzo..... cap..... Città.....

Data e luogo di nascita.....

Telefono uff..... Telefono priv. .... Fax.....

e-mail..... Sito internet .....

Titolo di studio.....professione .....

Esperienze nel campo.....

P.Iva..... C.F. ....

La iscrizione e la prenotazione del posto si intendono avvenute solamente una volta pervenuto il pagamento di euro 252,00 entro il 14-5-09 o di euro 285,00 entro il 7-6-09. Tale cifra, intestata ad: Associazione AIPT, Via Scarlatti 20, 20124 Milano, è da intendersi quale prenotazione e non sarà restituita in caso di assenza. Di tale cifra sarà restituito il 40% solamente se la disdetta perverrà a mezzo raccomandata prima di 7 gg dall'inizio del seminario.

Effettuo il pagamento tramite uno dei seguenti mezzi: (segnare con una x)

- assegno bancario allegato
- contanti
- vaglia postale c/o Milano succursale 40 (allegare fotocopia)
- Bonifico bancario c/o Deutsche Bank, Milano 465, cc.820254, iban: IT78R0310401605000000820254 (allegare fotocopia).

Allegare:

- Una copia compilata della scheda **B. Informazioni sulle condizioni di salute**

**Ho letto con attenzione ed iscrivendomi al seminario intensivo accetto integralmente quanto sopra riportato**

Data..... Firma.....

**Con la presente ed il versamento sopra riportato mi iscrivo inoltre alla Associazione di Integrazione Posturale Transpersonale.**

Data..... Firma.....

## INFORMAZIONI SULLE CONDIZIONI DI SALUTE

La Integrazione Posturale e' intesa come esperienza di crescita personale e non deve essere considerata come sostituto alla terapia. La Integrazione Posturale può suscitare forti esperienze ad alta carica emotiva e fisica. I seminari ed il corso di Integrazione Posturale non sono indicati a persone con problemi cardiovascolari, angiologici, con grave ipertensione, che presentano malattie mentali, epilessia, glaucoma, malattie infettive in atto o che sono reduci da recenti interventi chirurgici o fratture.

In caso di dubbio consultare gli organizzatori ed il proprio medico curante.

Le risposte alle seguenti domande sono indispensabili per gli organizzatori allo scopo di valutare le vostre condizioni di salute e saranno mantenute strettamente confidenziali, nel rispetto della Vs privacy.

Segnare con una x:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Soffrite o avete mai sofferto di:                       | <input type="checkbox"/> glaucoma   | <input type="checkbox"/> 5. Siete attualmente in qualche terapia o facenti parte di qualche gruppo di recupero?                           |
| <input type="checkbox"/> malattie cardiovascolari, compreso infarto                 | <input type="checkbox"/> distacco della retina                                  | <input type="checkbox"/> 6. State assumendo farmaci?  |
| <input type="checkbox"/> ipertensione   | <input type="checkbox"/> epilessia  | <input type="checkbox"/> 7. Ci sono state delle complicazioni durante la vostra nascita? Parto cesareo? Anestesia?                        |
| <input type="checkbox"/> malattie mentali   | <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"/> recenti interventi chirurgici                              | <input type="checkbox"/> asma   |   |
| <input type="checkbox"/> passate o recenti ferite, compreso fratture e dislocazioni | <input type="checkbox"/> patologie angiologiche                                 |   |
| <input type="checkbox"/> malattie infettive e trasferibili recenti o attuali        | <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 motivi psichiatrici? |   |

Se avete risposto SI anche solo ad una di queste domande, siete pregati di specificarne i dettagli, eventualmente anche su un altro foglio da allegare e contattare per tempo la segreteria per stabilire le modalità ed opportunità della vostra 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 buona salute generale.**

Nome e cognome (in stampatello).....

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

*Informiamo che ai sensi della L. 196/03 i dati richiesti saranno utilizzati solo per i fini interni alla AIPT- Associazione di Integrazione Posturale Transpersonale, via Scarlatti 20, Milano - e per comunicazioni relative alle attività sociali, inoltre che gli interessati possono avvalersi di quanto previsto dagli artt. 7, 8, 9, 10 L. 196/03 (Diritti dell'interessato). Il sottoscritto autorizza espressamente AIPT al trattamento dei propri dati sensibili e personali ai sensi della L. 196/03.*

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