

Stampare ed inviare per posta o fax

Associazione di Integrazione Posturale Transpersonale
Via Scarlatti 20, 20124 Milano
Tel. Fax: 02-29527815
E-mail: corsi@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 20 al 23 GIUGNO 2010 a Bobbio. Inizio alle 18.30 del 20 e termine entro le 15.00 del 23 giugno.

Costo: euro 272,00, entro il 20-5-09 oppure euro 305,00 entro il 14-6-09, compresa iscrizione AIPT. Pensione completa in cascina euro 67,00 (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 272,00, entro il 20-5-09 oppure euro 305,00 entro il 14-6-09. 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.....