

## SCHEDA DI ISCRIZIONE SEMINARIO SULLE TECNICHE DELLA TERAPIA DELLO SPECCHIO.

Vi chiediamo di compilare tutti i campi e di scrivere in modo leggibile per consentirci di acquisire tutte le informazioni richieste. Le schede compilate vanno rinviate alla coordinatrice dell'Associazione, Dott.ssa Silvia Ferri all'indirizzo mail [ferrisilvia83@gmail.com](mailto:ferrisilvia83@gmail.com).

**Il pagamento di 200,00€ andrà effettuato al momento dell'iscrizione tramite versamento sul c/c 1003758438 intestato all'Associazione "Mi fido di te"ONLUS con la seguente causale "seminario sulla tecnica della terapia dello specchio".**

**L'iscrizione verrà ritenuta effettuata solo al momento del versamento della quota.**

**Il seminario si svolgerà presso Il Centro per la cura dei DCA Palazzo Francisci Asl1 in via Cesia ,65 Todi, Pg.**

**Il numero massimo dei partecipanti ammessi al corso è fissato nel numero di 20.**

Per l'eventuale pernottamento, è possibile contattare il Convento delle Suore della Santissima Annunziata in via San Biagio 2 . Loc. Borgo , 06059 Todi Pg- al numero 075/8942268.

Per informazioni sul seminario contattare la Dott.ssa Silvia Ferri al numero 339/5949843 o all'indirizzo mail [ferrisilvia83@gmail.com](mailto:ferrisilvia83@gmail.com)

<b>TITOLO DEL CORSO</b>	<b>Terapia dello specchio</b>
<b>LUOGO E DATA</b>	<b>TODI 24 e 25 Novembre 2017</b>

### DATI PERSONALI

Cognome	
Nome	
Data di nascita (gg/mm/aa)	
Luogo di nascita	
Prov	
Regione	
Posta elettronica	
Numero di telefono	

### DATI PROFESSIONALI

Titolo di Studio	
Azienda/Ente di appartenenza	
Città	

### INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003:

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente per i fini legati allo svolgimento del corso di cui alla presente richiesta. Non saranno oggetto di comunicazione né di diffusione. In ogni momento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall'articolo 13 della predetta legge ed in particolare chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi. La informiamo inoltre che il titolare del trattamento è l'Associazione Mi Fido di Te.

La firma di autorizzazione al trattamento dei dati è obbligatoria ai fini del completamento dell'iscrizione.

**Firma**

**Data**