



SCHEDA D'ISCRIZIONE

DOTT. SIG. (barrare la casella corrispondente)

CognomeNome

Luogo e Data di nascita.....Via

Città Pr.CAP

E-mail.....Telefono.....

Ruolo: familiare (specificare)

Professionista del settore (specificare la figura).....Ente di appartenenza.....

Studente (specificare il grado)

LABORATORI ESPERIENZIALI

I laboratori possono accogliere fino ad un massimo di 25 persone. Per accedere ai laboratori è richiesta la partecipazione ad almeno 4 dei 5 moduli formativi. Il calendario completo sarà reso noto durante il primo modulo, a seguito della raccolta delle adesioni.

Barrare la proposta di interesse:

- LABORATORIO ESPERIENZIALE DI TESSITURA
 LABORATORIO ESPERIENZIALE DI CARTA A MANO
 LABORATORIO ESPERIENZIALE DI ORTOTERAPIA
 LABORATORIO ESPERIENZIALE DI PSICOMOTRICITA' NEUROFUNZIONALE

Indicare una seconda scelta:

Ulteriori segnalazioni:

allergie e/o intolleranze alimentari.....

Consenso al trattamento di dati personali

Preso visione dell'informativa ex art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679:

- do il consenso nego il consenso
al trattamento dei miei dati per le finalità di cui ai punti i,ii, iii, iv lettera a) dell'informativa;
do il consenso nego il consenso
all'utilizzo delle mia immagine per le finalità di cui al punto 1 lettera b) dell'informativa;
do il consenso nego il consenso
al trattamento dei miei dati per le finalità di cui al punto 1 lettera c) dell'informativa,
ovvero per ricevere materiale informativo sull'attività dell'Associazione via e-mail.

Luogo e data

Firma

