

MODULO DI ISCRIZIONE

Corso di Formazione in Costellazioni familiari e sistemiche 2021-2022

Cognome.....Nome.....

Via.....Città.....(.....)

CAP Nato/a a.....(.....) il /.... /.....

E-mailSito web

Tel.Professione

Codice fiscale e/o P.IVA.....

(La scrittura dev'essere leggibile)

Io sottoscritto/a dichiaro di essere consapevole e di accettare in toto quanto segue:

- Sono stato esaurientemente informato e documentato circa le attività esperienziali svolte durante il corso e gli argomenti trattati; in particolare, comprendo che la partecipazione al corso e l'Attestato relativo non costituiscono abilitazione all'esercizio della professione medica, psicologica o di relativa a qualsiasi albo.
- Mi impegno in modo libero e spontaneo a partecipare al suddetto corso, e che lo stesso non costituisce e non sostituisce alcun trattamento terapeutico (medico o psicologico);
- Comprendo e accetto inoltre che il Dott. Denis Tam non sono è medico e pertanto non emette diagnosi. Lo sollevo quindi da qualsiasi responsabilità immediata e/o successiva.
- Dichiaro di aver versato la quota di iscrizione di euro 270,00, comunque non rimborsabile tramite:
 - bonifico bancario a Tam Denis, IBAN IT5000347501605CC0010402854 (fare attenzione che dopo IT50 c'è una "o" di Otranto) Codice BIC: INGBITD1.
 - In contanti.

Firma

L'iscrizione al corso comporta l'accettazione di:

- Divieto di eseguire registrazioni audio/video in sala e obbligo di spegnere i telefoni cellulari;
- Impegno a rispettare, sotto la propria esclusiva responsabilità, la privacy degli altri partecipanti;
- Obbligo di rispettare scrupolosamente le altre condizioni indicate nella Presentazione del corso e nella Liberatoria.
- Le norme anticovid vigenti e l'uso dei mezzi di protezione.

Le iscrizioni sono a numero chiuso (massimo 10 persone); farà fede la data del versamento.

Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali (revocabile per iscritto in qualsiasi momento), ai sensi del D.Lgs. 30 Giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali". Titolare dei dati: Dott. Tam Denis

Data/...../.....

Firma

Si prega di inviare il modulo debitamente compilato via e-mail a tamdenis@gmail.com