



MODULO DI ISCRIZIONE

CORSO DI FORMAZIONE "VISUAL LEARNERS"

~

MODULO 2

***"Comunicazione Aumentativa e Alternativa:
Il diritto di comuniCAAre, il diritto di autodeterminarsi"***

~

Cagliari, 7 Aprile 2018

Il/la sottoscritto/a _____
professione _____
codice fiscale _____ nato/a a _____
il ____ . ____ . ____ e residente a _____ provincia ____ cap _____
in via _____ n° _____
telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

di partecipare al corso di formazione "VISUAL LEARNERS" - MODULO 2 organizzato in data **7 Aprile 2018** dallo **Studio Psicologico-Clinico Kaleidos** con la seguente modalità di iscrizione:

- | | | | |
|--------------------------------|---|---------|-------------|
| affidenti allo Studio Kaleidos | <input type="checkbox"/> genitore | € 50,00 | iva inclusa |
| | <input type="checkbox"/> coppia genitori | € 60,00 | iva inclusa |
| altre iscrizioni | <input type="checkbox"/> singolo | € 75,00 | iva inclusa |
| | <input type="checkbox"/> in gruppo min. 6 persone * | € 60,00 | iva inclusa |

barrare la casella corrispondente alla modalità di iscrizione scelta

** indicare i nominativi di tutte le persone facenti parte del gruppo:*

Si richiede fattura da intestare a:

Professionista / Ragione Sociale Società _____

_____ partita IVA _____

via _____ n° _____

città _____ provincia _____

L'iscrizione sarà perfezionata al ricevimento del presente modulo di iscrizione debitamente compilato e della ricevuta del pagamento della quota d'iscrizione che dovrà effettuarsi tramite bonifico bancario presso:

Banca Intesa San Paolo

IBAN: IT34H0306904856100000001441

Causale del Versamento (obbligatoria): Partecipazione Corso 07.04.18 Visual Learners Modulo 2

La suddetta documentazione dovrà pervenire in via telematica entro venerdì 23 marzo 2018 al seguente indirizzo di posta elettronica:

psicologia.kaleidos@gmail.com

In caso di iscrizione secondo la modalità "in gruppo min. 6 persone", l'iscrizione avrà validità alla ricezione della documentazione da parte di ciascun membro del gruppo, pena il pagamento della quota intera come singolo partecipante qualora il gruppo fosse composto da un numero di persone inferiore a 6.

In caso di iscrizione secondo la modalità "coppia genitori" è sufficiente la compilazione di un solo modulo da parte di uno dei due genitori.

Il corso avrà luogo in data **7 Aprile 2018** presso l'**Hotel Panorama** a **Cagliari**, con orario di inizio previsto per le **ore 8.30**.

Al momento dell'accettazione dei partecipanti al Corso verrà richiesta l'esibizione di un documento di identità in corso di validità.

_____, lì _____

In relazione al D. Lgs 196/03 esprimo il mio consenso rispetto al trattamento dei dati personali, i quali saranno utilizzati per l'integrale esecuzione del presente contratto.

Il genitore / Il Professionista

Informativa ai sensi dell'Art.13 D.Lgs n.196 del 30.06.2003 e succ. convenzioni sul trattamento dei dati personali:

I dati forniti saranno oggetto di trattamento a mezzo di sistemi informatici, nonché manuali, nel pieno rispetto delle norme di legge a tutela delle persone e di altri soggetti, per finalità di gestione amministrativa dei Corsi (contabilità, logistica, formazione, elenchi). L'utilizzo di tali dati sarà esclusivamente di uso interno.