

Stampare ed inviare firmato e compilato in  
stampatello in ogni sua parte per posta o email

Associazione di Integrazione Posturale Transpersonale  
Via Scarlatti 20, 20124 Milano  
Tel. Fax: 02-29527815  
E-mail: corsi@integrazioneposturale.it

# Intensivo Residenziale BODYWORK, RESPIRO, MEDITAZIONE

## Seminario intensivo di Integrazione Posturale con Massimo Soldati

Frabosa Soprana, 18-21 settembre 2020

Con la presente mi iscrivo all'**INTENSIVO DI INTEGRAZIONE POSTURALE** dal 18 al 21 settembre 2020 a Frabosa Soprana (CN). Check in aula alle 18.00 del 18 e termine entro le 15.00 del 21 settembre.

**CONTRIBUTO:** L'intensivo è riservato ai soci AIPT in regola: il contributo istituzionale è di euro 160, compresa l'iscrizione AIPT per i nuovi soci. Escluso pensione completa in albergo a costo scontato riservato (vedi scheda D).

**CREDITI ED AGEVOLAZIONI FORMATIVE:** AIPT offre ai nuovi soci iscritti un assegno studio; il 50% del costo dell'intensivo, escluso 20 € iscrizione AIPT, sarà interamente detratto dalla retta del primo anno del Corso di Integrazione Posturale e Bodywork Transpersonale successivo se si decide di continuare la formazione. Le ore sono riconosciute parte del monte ore formativo AIPT.

Nome e cognome.....

Indirizzo..... cap..... Città.....

Data e luogo di nascita.....

Telefono uff..... Telefono priv. .... Fax.....

Email..... Sito Internet .....

Titolo di studio.....professione .....

Esperienze nel campo .....

.....

P. Iva..... C.F. ....

Iscrizione e prenotazione del posto si intendono avvenute solamente una volta pervenuto il pagamento di euro 160. Tale cifra va intestata ad: Associazione AIPT, Via Scarlatti 20, 20124 Milano. Cancellazione anche via email entro 21 gg. dall'inizio del seminario. In caso di cancellazione non verrà restituita la quota associativa (20 euro).

Effettuerò il pagamento una volta ricevuta email di accettazione tramite uno dei seguenti mezzi: (segnare con una x)

- assegno bancario
- contanti
- Bonifico bancario c/o Deutsche Bank, iban: IT78R031040160500000820254 (allegare fotocopia).

Allegare:

- Una copia compilata delle schede B, C, D.

Ho letto con attenzione ed iscrivendomi al seminario intensivo accetto integralmente quanto sopra riportato.

Data..... Firma.....

**Attenzione: la domanda di iscrizione al corso deve essere precedente di almeno 48 ore al versamento.  
ATTENDERE EMAIL DI ACCETTAZIONE PRIMA DI VERSARE**

## INFORMAZIONI SULLE CONDIZIONI DI SALUTE

Il seminario è inteso come esperienza di crescita personale. L'impiego di tecniche corporee può suscitare esperienze ad alta carica emotiva e fisica, ed ogni partecipante viene invitato ad autoregolarsi seguendo il proprio vissuto e le proprie condizioni.

Le risposte alle seguenti domande sono indispensabili per gli organizzatori allo scopo di valutare la tua esperienza di partecipazione e seguirti meglio. Esse saranno mantenute strettamente confidenziali, nel rispetto della privacy. In caso di dubbio consulta gli organizzatori.

Segnare con una x:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Soffri o hai mai sofferto di:                           | <input type="checkbox"/> distacco della retina  | <input type="checkbox"/> recupero?   |
| <input type="checkbox"/> malattie cardiovascolari, compreso infarto                 | <input type="checkbox"/> epilessia  | <input type="checkbox"/> 6. Stai assumendo farmaci?  |
| <input type="checkbox"/> ipertensione   | <input type="checkbox"/> osteoporosi  | <input type="checkbox"/> 7. Ci sono state delle complicazioni durante la tua nascita? Parto cesareo? Anestesia?                        |
| <input type="checkbox"/> malattie mentali   | <input type="checkbox"/> asma   | <input type="checkbox"/> 8. Ce' qualche altra cosa riguardo alla tua condizione fisica o psichica di cui dovremmo essere a conoscenza? |
| <input type="checkbox"/> recenti interventi chirurgici                              | <input type="checkbox"/> patologie angiologiche   | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> passate o recenti ferite, compreso fratture e dislocazioni | <input type="checkbox"/> 2. Sei attualmente in stato di gravidanza?                     |  |
| <input type="checkbox"/> malattie infettive e trasferibili recenti o in corso       | <input type="checkbox"/> 3. Sei mai stato ricoverato per gravi motivi?                  |  |
| <input type="checkbox"/> glaucoma   | <input type="checkbox"/> 4. Sei mai stato ricoverato per motivi psichiatrici?           |  |
|   | <input type="checkbox"/> 5. Sei attualmente in terapia o fai parte di qualche gruppo di |  |

Se hai risposto SI anche solo ad una di queste domande, sei pregato di specificare i dettagli e contattare per tempo la segreteria per stabilire modalità ed opportunità della tua partecipazione.

### AUTODICHIARAZIONE (art. 485 del Codice Penale e successive modifiche )

Dichiaro sotto la mia responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> di non essere sottoposto alla misura della quarantena (anche volontaria) ovvero di non essere, al momento, positivo al COVID 19;  | <input type="checkbox"/> di essere a conoscenza delle misure del contenimento del contagio vigenti alla data odierna e di aver rispettato le disposizioni emanate dalle Autorità competenti quali quarantena, distanziamento sociale, utilizzo mascherine ed altro.  |
| <input type="checkbox"/> di non presentare sintomi quali congiuntivite, febbre superiore a 37,5°, tosse o difficoltà respiratorie o comunque altri sintomi presumibilmente riconducibili a infezione da COVID-19;                                    | <input type="checkbox"/> di impegnarmi ad informare tempestivamente gli organizzatori qualora dovessero insorgere eventuali sintomi riconducibili ad infezione da COVID-19 e/o accertata affezione da COVID-19 e/o contatti stretti con persone contagiate, al fine di poter predisporre eventuali "misure cautelative". |
| <input type="checkbox"/> di non essere stato negli ultimi 14 giorni a stretto contatto con persona e/o familiare affetto da COVID-19 (come da definizione riportata nella direttiva del Ministero della Salute del 22.02.2020 Coronavirus COVID-19); |  |

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 uno stato di buona salute generale.

Nome e cognome (in stampatello).....

Data.....

IN FEDE, Firma.....

## DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO ORDINARIO

## ALLA ASSOCIAZIONE CULTURALE

AFFILIATA INTERNATIONAL COUNCIL OF PSYCHOCORPORAL INTEGRATION TRAINERS

**ASSOCIAZIONE DI INTEGRAZIONE POSTURALE TRANSPERSONALE**

SEDE IN VIA SCARLATTI N° 20, 20124 MILANO. Cod. fisc 97236940157

Il sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... Prov ..... il .....

residente a ..... Prov .....

In via..... n° ..... cap.....

Tel ..... E-mail .....

c.f. (necessario) .....

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO**

dopo aver preso visione e approvato lo statuto sociale ed il regolamento interno, e dopo essere stato informato che ogni anno si terrà l'assemblea per l'approvazione del bilancio entro il 30 di giugno, quale socio della Associazione di Integrazione Posturale Transpersonale (AIPT) attenendosi a pagare la quota sociale determinata per l'anno in corso (euro 20).

Firma per presa visione e accettazione (socio) .....

**PRESTO AD AIPT INOLTRE LE SEGUENTI AUTORIZZAZIONI****(barrando con una x, tutte sono necessarie per la accettazione)**

- Consenso privacy. I vostri dati saranno trattati e conservati con cura da AIPT, via Scarlatti 20, 20124 Milano. Dopo aver letta la privacy policy AIPT sul sito [integrazioneposturale.com](http://integrazioneposturale.com) e ricevuta informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali e sensibili, ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo numero 196 del 30/6/2003 e GDPR, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e istituzionali, per lo svolgimento dell'attività istituzionale, organizzativa e tecnica e la gestione del rapporto associativo. Nello specifico i dati possono essere trasmessi al commercialista, al comitato provinciale CSEN di competenza od altre organizzazioni similari, che collaborano per l'erogazione dei servizi riferiti agli scopi di cui sopra. I dati da lei forniti, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normative sopra richiamate e degli obblighi di riservatezza. Tali dati verranno trattati per le sole attività istituzionali, pertanto, strettamente connesse alle attività statutarie. Il trattamento dei dati avverrà mediante l'utilizzo di supporto telematico, o cartaceo, idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. In relazione ai predetti trattamenti, Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del d. lgs. N° 196/2003 (cancellazione, modifica, opposizione al trattamento).
- Il sottoscritto/a, autorizza inoltre espressamente AIPT alle registrazioni audio/ video della propria persona, ad uso didattico, scientifico e di diffusione sociale (sito, tv, giornali, pubblicazioni scientifiche ecc.)
- Il sottoscritto/a autorizza AIPT ad inviare informative non periodiche tramite newsletter.

Luogo ..... Data .....

Firma per presa visione e accettazione (socio) .....

Esente da bollo in modo assoluto – art. 7 – tabella – allegato B – D.P.R. 26.10.1972 n° 642

**Attenzione: da compilare solo per i nuovi soci richiedenti l'ammissione.  
La domanda di iscrizione al corso deve precedere di almeno 48 ore il versamento. Attendi la accettazione..**

## ALLOGGIO INTENSIVO 2020 IN BREVE

**Arrivo: 18 settembre 2020 primo servizio incluso la cena**

**Partenza: 21 settembre 2020 ultimo servizio incluso il pranzo**

**Sistemazione: camere doppie, eventuali triple o singola**

### Check In / Check Out Camere

Le camere sono disponibili a partire dalle 14.00 del giorno d'arrivo. Il giorno della partenza, siete pregati di liberarle entro le 10.30. Secondo la disponibilità è possibile arrivare preavvertendo già anche per il pranzo occupando la camera appena pronta.

### Indirizzo

HOTEL MIRAMONTI, Via Roma 84, 12082 Frabosa Soprana (CN)

www.miramonti.cn.it, info@miramonti.cn.it, tel.+39(0)174244533, fax. +39(0)174244534

## INFORMAZIONI COMPLETE SULLA BROCHURE

Per tabella costi, suggerimenti viaggio ed altre informazioni vai alla brochure completa

[M2-Intensivo 2020 Infopratiche](#)

## PER UN TUO CONFORTEVOLE SOGGIORNO:

- Ho particolarità alimentari (intolleranze, menù veg, ecc.) che riporto di seguito (fondamentale avvertire prima, non è garantito altrimenti di poter soddisfare queste necessità)

.....  
.....

Porta abbigliamento comodo per muoverti, danzare, rilassarti. Porta un costume da bagno se vuoi usufruire di sauna, bagno turco, hot-tub all'aperto, percorso kneipp.

Per qualsiasi necessità relativa al corso: Segreteria [segr@integrazioneposturale.it](mailto:segr@integrazioneposturale.it)

Per qualsiasi necessità relativa all'alloggio: Hotel Miramonti [info@miramonti.cn.it](mailto:info@miramonti.cn.it)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_