



Ipnosi Regressiva di gruppo

Domanda di iscrizione

Il/La sottoscritt.....
nat...a.....Prov. (), il.....
residente in.....Via.....
Tel.....e-mail.....
chiede di poter partecipare ai lavori di gruppo nelle seguenti giornate
(se si desidera partecipare a tutti e cinque gli incontri scrivere TUTTO).

Dichiara

- di essere consapevole che tali attività non sono un sostituto di eventuali cure mediche in atto o che nel tempo possano rendersi necessarie.

Clausole contrattuali

- Non è permesso eseguire registrazioni e videoregistrazioni, con qualsiasi strumento (registratori, cellulari, ecc.) del corso , in tutto e in parte.

Data.....

Firma.....

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 della D. Lgs. 193/2003, ai sensi dell'art. 23 della legge stessa, conferisce il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per la comunicazione di eventuali attività dell'Ass. La Ghianda.

Data.....

Firma.....