



DIRimè Italia, DIR e integrazione di modelli evolutivi, APS

Sede legale: via Beltrami 7-11, 28024 Gozzano (NO)

Telefono: 351 573 1314

CF: 97807780586

P.IVA: 13948621001

Modulo di iscrizione associativa

La/il sottoscritta/o fa domanda di iscrizione all'associazione *DIRimè Italia, DIR e integrazione di modelli evolutivi APS* aderendo ai suoi fini, secondo le norme dello Statuto che ha letto in tutte le sue parti e di cui si impegna ad accettare i contenuti.

| ANAGRAFICA | | |
|----------------------------|----------|--------------|
| Cognome: | Nome: | |
| Luogo di nascita: | Data: | |
| Indirizzo di residenza: | | |
| C.A.P.: | / Città: | / Provincia: |
| Telefono: | Email: | |
| Professione: | | |
| Struttura di appartenenza: | | |
| C.F.: | | |
| P.IVA: | | |

La/il sottoscritta/o richiede di:

- Rinnovare la quota associativa per l'anno 2020
- Iscrivere come nuovo Socio per l'anno 2020, specificando:
 - Sono il genitore di bambino/ragazzo con disturbo del neurosviluppo
 - Non sono terapeuta DIRFloortime
 - Sono terapeuta DIRFloortime:
 - attraverso un corso DIRimè Italia, con livello di certificazione ICDL posseduto _____ conseguito al corso _____ in data _____
 - Se terapeuta DIRFloortime attraverso corsi NON DIRimè Italia, il livello di certificazione ICDL posseduto _____ e **allegando il Certificato** conseguito

Ai fini del completamento della registrazione in qualità di Socio 2020, si allega al presente modulo di iscrizione la copia del pagamento della quota associativa di 30 euro effettuato mediante bonifico bancario a:

DIRimè Italia, Banca Prossima

IBAN: IT77 V030 6909 6061 0000 0133 745

Causale: iscrizione *Nome e Cognome* come Socio 2020

GDPR

Si autorizza al trattamento e alla pubblicazione dei dati personali ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR) e del DLgs 30 giugno 2003 n. 196, esclusivamente nell'ambito della procedura di accreditamento ECM, per la quale la presente viene resa.

Data e Luogo _____ **Firma** _____