



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 Intesa San Paolo**  
**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 \_\_\_\_\_