

ISCRIZIONE AI LABORATORI PRATICI DI ARTI TERAPIE

DATI PERSONALI

Nome e Cognome

Data di Nascita

Professione

Codice fiscale (obbligatorio)

Via

CAP

Città

Prov.

Tel. casa

Tel. uff.

Cell.

Fax

E-mail

SEDE ALLA QUALE SI INOLTRA LA DOMANDA D'ISCRIZIONE

Città

Data di svolgimento

TITOLO DEL LABORATORIO:



Scuola Artedo di Arti Terapie di Roma
Tel e [Whatsapp: 350.0963284](https://www.whatsapp.com/channel/00299a61111111111111)
Email: artedoroma@gmail.com
Sito web: roma.artiterapie-italia.it
Facebook: [Scuola Artedo di Arti Terapie Roma](https://www.facebook.com/Scuola-Arte-di-Arte-Terapie-Roma)

Contributo per la partecipazione al laboratorio

€ 120,00 (IVA inclusa)

- La sottoscrizione del presente modulo d'iscrizione comporta l'accettazione delle modalità di svolgimento dell'attività di laboratorio prescelta, come riportato sul sito roma.artiterapie-italia.it
- La mancata partecipazione non darà diritto alla restituzione della quota versata.

Disciplina (barrare con una "X")

- Arteterapia
- Danzamovimentoterapia
- Teatroterapia
- Musicoterapia

**INVIARE VIA MAIL A artedoroma@gmail.com
UNITAMENTE ALLA RICEVUTA DELL'AVVENUTO PAGAMENTO
ENTRO IL MERCOLEDÌ ANTECEDENTE LA DATA DI SVOLGIMENTO DEL
LABORATORIO**

BONIFICO

Bonifico Bancario di € 120,00 in favore di **Luoghi Creativi Snc**
IBAN: IT 98 F 03268 16001 052993781540

INSERISCI QUI IL TUO CODICE CARTA DOCENTE:

Data e firma