

MODULO PER RICHIEDERE L'INSERIMENTO NELL'ELENCO PROFESSIONISTI

- da ritornare compilato e firmato in ogni sua parte via e-mail a associazione@arttherapyit.org o fax al n° 051 644 04 51 -

TUTTI I DATI SONO OBBLIGATORI PER UNA CORRETTA GEOLOCALIZZAZIONE

Il sottoscritto,

Nome Cognome

Qualifica/che professionale/i e specializzazioni (es. danza movimento terapeuta, psicologo, educatore...), max 8 parole separate da virgola (ev. parole in più non verranno considerate):.....
.....
.....

Indirizzo luogo di LavoroN°

CAP.....CITTÀ.....PV.....

se presente, Denominazione luogo di lavoro (per es. studio arcobaleno, studio privato, associato, ecc.):
.....

Contatto (per motivi di spam non si accettano email ma solo il n° di telefono dello studio o del professionista):.....

**CHIEDE DI ESSERE INSERITO NELL'ELENCO PROFESSIONISTI SU MAPPA GEOLOCALIZZATA E/O ELENCO FILTRATO,
DEI SOCI ART THERAPY ITALIANA
PRESENTE SUL DOMINIO [HTTP://ARTTHERAPYIT.ORG](http://arttherapyit.org) DELL'ASSOCIAZIONE**

e dichiarando che i dati qui riportati sono considerati esatti, sotto la mia responsabilità, salvo diversa comunicazione e che ogni variazione verrà comunicata tempestivamente alla segreteria di Art Therapy Italiana.

Luogo/ Data.....

FIRMA.....

INFORMATIVA

Si informa ai sensi dell'Art.13 del D.Lgs. n.196/2003, che: I dati forniti verranno trattati per finalità di gestione amministrativa. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dell'inserimento nell'elenco di distribuzione e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati ne comporterà l'esclusione. I dati, previo consenso, potranno essere trattati per inviarLe (via e-mail, fax o a mezzo posta) comunicazioni sociali e delle iniziative culturali e di formazione da noi organizzate o patrocinate. I dati verranno trattati con modalità cartacea e informatizzata: i dati potranno essere comunicati ad altri soggetti incaricati: società e/o associazioni terze per distribuire e spedire comunicazioni e/o pubblicazioni. Le ricordiamo, infine, che in qualunque momento potrà esercitare i diritti di cui all'Art.7 del D.Lgs. 196/03 contattando il titolare del trattamento: Associazione Art Therapy Italiana, con sede in via Barberia 13 - 40123 Bologna, tramite fax al n° 051/6440451 o e-mail all'indirizzo segreteria@arttherapyit.org

CONSENSO

Letta l'informativa acconsente al trattamento dei Suoi dati personali per l'invio (via e-mail, fax o a mezzo posta) di comunicazioni sociali e iniziative future organizzate da Art Therapy Italiana.

Luogo/ Data.....

FIRMA.....