

Seminario di Studi

LA GESTALT THERAPY E LA VIDEO INTERVENTION THERAPY (V.I.T.)

ROMA 12-13-14 FEBBRAIO 2015

SCHEDA DI REGISTRAZIONE

(n. 2 fogli da compilare e inviare a roma@gestaltherapy.it)

(Scrivere in stampatello)

Dati Anagrafici			
Cognome			
Nome			
Luogo e data di nascita			
Indirizzo	CAP	Città	Prov.
Tel.	Cell.		
E-mail			
Professione (specificare eventuale servizio di appartenenza)			
Ordine o Collegio o Associazione Professionale _____ della provincia o Regione			
Provincia in cui opera prevalentemente			
Codice fiscale:		P. IVA:	

Informativa sulla privacy: 1. I dati personali forniti all'Ist. Gestalt Therapy -H.C.C. Kairòs srl saranno trattati, secondo i fini istituzionali dell'Istituto, nell'ambito delle norme in materia, per l'assolvimento dei compiti di carattere amministrativo, fiscale e assicurativo. Il trattamento potrà riguardare anche dati personali rientranti nel novero dei dati sensibili, nei limiti indicati dalla Autorizzazione generale del Garante. **2.** Il trattamento verrà effettuato con modalità cartacee e informatiche.

3. Il conferimento dei dati è obbligatorio, nella misura in cui è necessario per l'adempimento degli obblighi istituzionali e contrattuali da parte dell'Ist. di Gestalt; l'eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del contratto. **4.** L'Istituto è autorizzato a comunicare i dati personali e sensibili a soggetti pubblici, nei casi previsti dalle leggi e dai regolamenti per l'assolvimento delle rispettive finalità istituzionali, nonché a quei soggetti pubblici e privati cui la comunicazione sia necessaria per il corretto adempimento delle finalità indicate al punto 1 ed inoltre a soggetti pubblici o privati al fine di eventuali contatti di selezione per occasioni di lavoro. L'Istituto è altresì autorizzato a trattare e comunicare i dati personali per finalità di promozione commerciale e di analisi del mercato, volte a migliorare il servizio offerto o a far conoscere i nuovi servizi formativi. **5.** In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento ai sensi degli artt. 7 e 13 del D. Lgs. 196/2003 quali il diritto di ottenere in qualsiasi momento la conferma circa l'esistenza o meno dei medesimi dati, il diritto di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, oppure la rettificazione, il diritto di chiederne la cancellazione, la

trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento **6**. Il titolare del trattamento è l'Istituto di Gestalt Therapy -H.C.C. Kairòs S.r.l., con sede legale in Ragusa, Via Virgilio 10, in persona del legale rappresentante *pro tempore* domiciliato presso la sede dell'Istituto.

Tanto premesso, il sottoscritto esprime liberamente, ai sensi degli artt.23 e 26 del D. lgs. 196/2003, il proprio **consenso** affinché l'Istituto di Gestalt Therapy – H.C.C. Kairòs S.r.l. proceda al trattamento, alla comunicazione e alla diffusione dei dati personali e sensibili per i fini indicati nella suddetta informativa.

Luogo e data

Firma

_____ / ____ /2015

Sono interessato/a a partecipare (segnare l'opzione prescelta):

- Giornata del 12/02/2015: Euro 90,00 (IVA inclusa)
- Corso intero del 12-13-14/02/2015: Euro 240,00 (IVA inclusa).

Ex Allievi GTK, Didatti GTK, Collaboratori GTK, studenti universitari:

- Giornata del 12/02/2015: Euro 45,00 (IVA inclusa).
- Corso intero 12-13-14/02/2015: Euro 160,00 (IVA inclusa).

Con la scheda di registrazione che invio **entro e non oltre il giorno 9/02/2015** mi impegno a versare la quota complessiva di Euro _____ tramite bonifico bancario* intestato a:

Istituto di Therapy hcc Kairòs srl - c/o la

Banca Agricola Popolare di Ragusa agenzia n.4 Ragusa, Via Ducezio n.27/b

IBAN: IT 77 Q 05036 17004 CC0041071439

*Allego alla presente ricevuta di bonifico

Luogo e data

Firma

_____ / ____ /2015
