



VIII CONVEGNO NAZIONALE SIAF  
DESENZANO DEL GARDA  
20 MAGGIO 2017

AZIENDA CERTIFICATA UNI EN ISO 9001:2008  
CERTIFICATO N. C2013-00802



**RICHIESTA DI ISCRIZIONE E PARTECIPAZIONE COME RELATORE**

A) Io Sottoscritto/a

*Cognome*

*Nome*

--	--

B) Titolo Professionale (*Operatore Olistico, Counselor, Pedagogista, Medico, Psicologo, etc*)

--

C) Nr. di Iscrizione Registri SIAF ITALIA

--

C<sup>1</sup>) Nr. di Iscrizione ai Registri di Altre Associazioni

--

C<sup>2</sup>) Nome per esteso dell'Associazione di Categoria o altro Ente Nazionale, corrispondente al nr. di iscrizione inserito al punto C<sup>1</sup>

--

D) Indirizzo completo e recapiti di riferimento (*Tel. fisso, cell., e-mail*)

Residente in ( <i>località</i> )	prov.
Via, vicolo, ecc.	Nr.
C.A.P.	recapiti telefonici.
e-mail.	

**CHIEDO**

di essere inserito/a in qualità di:

- “Relatore per un Intervento Teorico”
- “Relatore per un Intervento Esperienziale”

al Convegno Nazionale SIAF che si terrà a **Desenzano del Garda** il giorno **20 Maggio 2017** con il seguente intervento (*titolo e didascalia dell'argomento trattato*)

--

Ente Organizzatore del Convegno: SIAF Italia - Sede Nazionale: *Via Manni DM 56 / r - Firenze 50135*



**VIII CONVEGNO NAZIONALE SIAF  
DESENZANO DEL GARDA  
20 MAGGIO 2017**

AZIENDA CERTIFICATA UNI EN ISO 9001:2008  
CERTIFICATO N. C2013-00802



Sintesi dell'argomento trattato “**Abstract**” o breve descrizione del laboratorio proposto (*max 500 parole*)

*(barrare di seguito la/le casella/le che interessano. Es.:  )*

Per l'esposizione del mio argomento ho necessità di usufruire dei seguenti supporti informatici:

PC -  VIDEOPROIETTORE/MONITOR -  LAVAGNA A FOGLI SCORREVOLI

Dichiaro di conoscere e di accettare sin d'ora le condizioni di partecipazione e selezione.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Consenso al trattamento dei dati personali: *(mettere una “X” vicino la voce che interessa)*

**N.B.** *Per la partecipazione al Convegno Nazionale SIAF è indispensabile la concessione del trattamento dei propri dati personali*

La/Il sottoscritto/a:

**CONCEDE**

**NON CONCEDE**

*Data*

*Firma*

Le domande incomplete o prive di firma non saranno prese in considerazione.

<sup>1</sup> I **Relatori selezionati** verranno contattati tramite comunicazione a mezzo e-mail, all'indirizzo da loro inserito come contatto in questo documento.

**Ente Organizzatore del Convegno: SIAF Italia - Sede Nazionale: Via Manni DM 56 / r - Firenze 50135**