



SIAF Italia

Associazione di Categoria Professionale

Via D.M. Manni 56/rosso 50135 Firenze - C.F. 92018180429 -

www.siafitalia.it

DICHIARAZIONE DEI TITOLI PER L'ISCRIZIONE nel registro di ARTITERAPEUTA

Il/La sottoscritto/a nato/a il
a residente a Provincia di
via CAP Tel

DICHIARA

di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorro in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;

di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Associazione SIAF Italia, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione;

di essere in possesso dei requisiti necessari per l'iscrizione nel registro di ARTITERAPEUTA, in particolare (barrare le caselle):

- Diploma di scuola secondaria superiore o Laurea
- Titolo specialistico (percorso formativo triennale di 1200 ore) in
 - Musicoterapia
 - Arteterapia
 - Danzamovimentoterapia
 - Teatroterapia
 - Drammaterapia

(specifico percorso di formazione, da non confondere con percorso artistico)
in alternativa

1) 600 ore
linguaggio artistico di vertice attraverso
formazione di una specifica tecnica con percorso
triennale individuale e/o di gruppo,
supervisione, tirocinio

(specificare la formazione e il monte ore)

2) 300 ore
altre tecniche (di almeno tre modelli
artiterapeutici) e materie collaterali

(specificare la formazione e il monte ore)

3) 300 ore
teorie e tecniche di comunicazione, normative
vigenti del settore, progettazione intervento
artiterapeutico, deontologia professionale

(specificare la formazione e il monte ore)

Data

Firma

Dichiaro inoltre di essere informato che ai sensi del Regolamento Ue 679/16 i dati richiesti saranno utilizzati solo per i fini istituzionali previsti dallo Statuto di SIAF Italia. Il sottoscritto autorizza espressamente l'Associazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento Ue 679/16.

Firma _____

Allegare copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante (ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 si informa che tale documento viene distrutto entro 48 mesi dalla data di ricezione).