



# IV CONVEGNO NAZIONALE S.I.A.F. BOLOGNA, 19 MAGGIO 2016

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 di Competenza Professionale S.I.A.F.

--

C<sup>1</sup>) Nr. di Iscrizione Registri di Competenza Professionale 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>

--

C<sup>3</sup>) Nr. di Iscrizione ordine professionale (*per professionisti sprovvisti di Attestazione di Competenza*)

--

C<sup>4</sup>) Professionista autoreferenziale (*specificare tipologia*)

--

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 S.I.A.F. che si terrà a **Bologna** il giorno **19 Maggio 2016** con il seguente intervento (*titolo e didascalia dell'argomento trattato*)

--

Ente Organizzatore del Convegno: S.I.A.F. - Sede Nazionale: *Via Manni DM 56 / r - Firenze 50135*



## IV CONVEGNO NAZIONALE S.I.A.F. BOLOGNA, 19 MAGGIO 2016

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/o:

**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: S.I.A.F. - Sede Nazionale: Via Manni DM 56 / r - Firenze 50135**