



Accademia del Respiro

Associata



Coordinamento Nazionale Associazioni Comunità Ricerca Etica Interiore Spirituale

riconosciuto dal

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

CERTIFICATO DI ISCRIZIONE

CERTIFICATO DI ISCRIZIONE

Corso *"Le costellazioni Familiari"*

(Per favore scrivere in stampatello)

Il/la sottoscritto/a.....

nato /ail.....

fa domanda di iscrizione al Seminario sopra indicato e dichiara di risiedere a:

.....

telefono.....cellulare.....

e. mail.....

codice fiscale.....

Mi impegno personalmente a partecipare al Corso **“Le costellazioni Familiari”** nel rispetto dei termini di seguito elencati:

1. Sono a conoscenza del fatto che il Corso, per garantire la qualità, è riservato a un numero chiuso e selezionato di partecipanti
2. Dichiaro di essere a conoscenza che questo Corso non ha nessuna finalità terapeutica e quindi il Corso in oggetto non può e non vuole in alcun modo sostituirsi alle cure e/o all'operato del medico e/o a quello dello psicoterapeuta e/o dello psichiatra.
3. Mi assumo ogni responsabilità in merito a psicopatologie pregresse e non comunicate o tenute celate al conduttore del Seminario.
4. Dichiaro inoltre di essere d'accordo sul fatto che la direzione del Corso mi possa allontanare qualora ravvisi nel mio comportamento atti che possono arrecare disturbo agli altri allievi e/o alla normale conduzione del Corso stesso senza che io venga per questo rimborsato.
5. Ho a disposizione, in qualità di contraente, 7 giorni di tempo dalla data della stipulazione per recedere dal presente contratto senza obbligo alcuno purché ne dia comunicazione all'**Associazione European Rebirthing School** tramite lettera raccomandata r/r entro tale termine (fa fede la data del timbro postale). Qualora non intendessi usufruire di questo diritto, mi sottoporro interamente alla disciplina regolamentata dai punti n° 1, 2, 3, 4 e 5 del presente contratto.

Per qualsiasi controversia relativa al presente contratto il Foro competente è quello di Varese.

A norma degli artt. 1341 e 1342 c.c. dichiaro di aver preso conoscenza di tutti i patti del presente e di approvarli

Gavirate, _____ IL CONTRAENTE _____

Informiamo che ai fini della legge 675/96 i dati richiesti saranno utilizzati solo per fini istituzionali previsti dalla L.R. 70/94 e L.R. 45/89 e successive modifiche.



Accademia del Respiro

Address: via Volta, 11 - 21026 Gavirate (Va)

Phone: +39 0332 743772

Mail: info@rebirthing-online.com

Site: www.rebirthing-online.com

Reception office: USA - New York city

Mail: nyovalmaggia@aol.com