

Terapie Integrate
Poliambulatorio Medico
e Centro Polifunzionale

IL CIBO IN TUTTI I SENSI



MODULO DI ISCRIZIONE

INFORMAZIONI DEL GENITORE 1 O FACENTE FUNZIONE

cognome

nome

luogo e data di nascita

codice fiscale

indirizzo

numero di cellulare

indirizzo e-mail

INFORMAZIONI DEL GENITORE 2 O FACENTE FUNZIONE

cognome

nome

luogo e data di nascita

codice fiscale

indirizzo

numero di cellulare

indirizzo e-mail

SEDE OPERATIVA:
Via Andrea da Schivenoglia 2B - primo piano
46100 Mantova (zona Anconetta)

SEDE LEGALE:
Via Pomponazzo 48
46100 Mantova
P.IVA: 02698920200

CONTATTI:
T. 0376 1411077
T. + 39 329 9565035
info@terapieintegrate.com

INFORMAZIONI DEL/DELLA BAMBINO/A CHE PARTECIPA

cognome

nome

data di nascita

INFORMAZIONI DEL/DELLA BAMBINO/A CHE PARTECIPA

cognome

nome

data di nascita

Luogo e data

Firma dei genitori

_____

1 _____

2 _____

Il presente modulo può essere consegnato, debitamente compilato e firmato, presso la segreteria di Terapie Integrate oppure inviato via email all'indirizzo info@terapieintegrate.com, corredato dall'attestazione di avvenuto pagamento.

SEDE OPERATIVA:
Via Andrea da Schivenoglia 2B
46100 Mantova
(zona Anconetta)

SEDE LEGALE:
Via Pomponazzo 48
46100 Mantova
P.IVA: 02698920200

CONTATTI:
T. 0376 1411077
T. + 39 329 9565035
info@terapieintegrate.com

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO

Rev. 01 del 30/03/2026

QR Informativa corsi estesa

Informativa privacy estesa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR")

Il/la sottoscritto/a interessato/a dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy disponibile scansionando il QR Code oppure tramite il seguente link https://software.normaprivacy.it/storage/documentis/167/altri/4203/altri.pdf e presta il suo consenso alla seguente finalità:

Acconsento alla diffusione della mia immagine mediante pubblicazione di materiale fotografico e audiovisivo su siti web, profili social network, locandine e brochure aziendali. Acconsento inoltre a che le videoriprese e le registrazioni eventualmente effettuate nel corso delle attività formative siano messe a disposizione dei docenti, dei formatori e dei soggetti incaricati dell'erogazione del corso, qualora ciò sia funzionale o necessario allo svolgimento delle attività didattiche e organizzative. Resta inteso che l'utilizzo dell'immagine, nonché delle riprese e registrazioni, avviene a titolo volontario e gratuito e che nessuna pretesa potrà essere avanzata in futuro.	☐ **SI** ☐ **NO**
Acconsento all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali, newsletter, materiale informativo e inviti a corsi, eventi o iniziative organizzate dal Titolare, mediante i recapiti da me forniti, al fine di essere aggiornato sullo sviluppo di nuovi prodotti e servizi, nonché di ricevere informazioni su attività, offerte e novità di mio potenziale interesse.	☐ **SI** ☐ **NO**
Acconsento alla raccolta e alla gestione di informazioni relative al mio stato di salute o ad altre particolari condizioni personali da me comunicate, nella misura strettamente necessaria a garantire la sicurezza delle persone, la tutela della salute, l'accessibilità, l'adeguata organizzazione e il corretto svolgimento del corso o dell'attività formativa.	☐ **SI** ☐ **NO**

Luogo e data

_____

Firma dei genitori

1 _____

2 _____

SEDE OPERATIVA:
Via Andrea da Schivenoglia 2B
46100 Mantova
(zona Anconetta)

SEDE LEGALE:
Via Pomponazzo 48
46100 Mantova
P.IVA: 02698920200

CONTATTI:
T. 0376 1411077
T. + 39 329 9565035
info@terapieintegrate.com

SEDE

c/o Centro Polifunzionale di Terapie Integrate
Via Andrea da Schivenoglia 2B | primo piano | porta 3
Mantova | zona Anconetta
Il corso si svolge esclusivamente in presenza all'indirizzo indicato.

CALENDARIO

Date:
9, 16, 23, 30 maggio
13 giugno + colloquio finale in data da concordare

Orari:
3-4 anni: dalle 09:30 alle 10:30
5-6 anni: dalle 10:45 alle 11:45

COSTO

125,00 €

PAGAMENTO

Pagamento del corso tramite bonifico bancario sul cc di Bper Banca Ag. 1 intestato a Terapie Integrate srl codice IBAN IT70U0538711501000003821755, indicando nella causale "nome e cognome del/della bambino/a - Il cibo in tutti i sensi."

Una volta effettuato il pagamento è necessario inoltrare la contabile del bonifico all'indirizzo info@terapieintegrate.com
L'iscrizione è da ritenersi correttamente avvenuta solo alla ricezione del pagamento.