



**SPAZIO DI ASCOLTO**  
*Istituto di TantraCounseling  
sulla Relazione Affettiva e la  
sessualità*

## DOMANDA DI ISCRIZIONE A A CUORE APERTO APS ANNO 2026

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Indirizzo via, n \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tel. Cellulare \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Mi iscrivo a "A Cuore Aperto APS"

Questa iscrizione dà la possibilità di seguire uno o più corsi senza alcun obbligo a frequentarli tutti.

Ho fatto altre esperienze di Tantra, meditazione, terapia, teatro, danza ecc (descrivi brevemente quali)

Comunico alla conduzione dei seminari questi miei eventuali stati: stato di gravidanza, disturbi o malattie cardiopatiche, delle ossa in generale e della spina dorsale, disturbi mentali. (se ci sono scrivi qua sotto quali) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Comunico  
o alla conduzione dei seminari l'eventuale mia assunzione di medicinali chimici, psicofarmaci e psicotropi.  
(se ne assumi scrivi qua sotto quali) \_\_\_\_\_

Per l'intera durata dei seminari mi dichiaro del tutto autoresponsabile, e mi impegno a comunicare eventuali variazioni.

FIRMA

### ***Informativa Privacy***

*Dichiaro di essere a conoscenza delle informazioni ai sensi della normativa sulla privacy circa l'utilizzo e il trattamento dei dati e dichiaro espressamente il mio consenso per i trattamenti, comunicazioni e diffusioni dei dati comuni per l'invio del materiale promozionale e di aggiornamento via posta, posta elettronica e telefono da parte dell'Associazione Ist. A Cuore Aperto*

*Ho letto e accetto le condizioni sopraindicate interamente*

Nel caso non accetti le condizioni sopraindicate non saremo in grado di gestire le tue richieste.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_