

# Iscrizione alle attività di Cristian Sinisi SCRIVERE IN STAMPATELLO – GRAZIE

Io SOTTOSCRITTO: NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_  
 NATO A: \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
 RESIDENTE A: (città) \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
 Cell \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
 face book: \_\_\_\_\_ cod. fiscale ( o eventuale P.Iva) \_\_\_\_\_

**chiedo di iscrivermi alle seguenti attività: sede \_\_\_\_\_ data compilazione \_\_\_\_\_**

<input type="checkbox"/> Corsi di Yoga	<input type="checkbox"/> Corsi di Reiki	<input type="checkbox"/> Ricevere consulenze professionali
<input type="checkbox"/> Corsi di Pilates	<input type="checkbox"/> Corsi di Massaggio Indica quale _____	<input type="checkbox"/> Vacanza benessere
<input type="checkbox"/> Serate scambio reiki	<input type="checkbox"/> RICEVERE MASSAGGI individuali Indica quali _____	<input type="checkbox"/> Serate Ki LAB

*Dichiaro di soffrire di:*

<b>Dolori articolari:</b> <input type="checkbox"/> Schiena <input type="checkbox"/> Spalle <input type="checkbox"/> Gomiti <input type="checkbox"/> Polso <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Anca <input type="checkbox"/> Ginocchio <input type="checkbox"/> Caviglia <input type="checkbox"/> Piede <input type="checkbox"/> Altro _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <b>Dolori muscolari:</b> <input type="checkbox"/> crampi <input type="checkbox"/> tensioni – contratture (indica la zona del corpo)	<b>Dolori organici:</b> <input type="checkbox"/> stomaco <input type="checkbox"/> intestino <input type="checkbox"/> fegato <input type="checkbox"/> cistifellea <input type="checkbox"/> pancreas <input type="checkbox"/> polmoni <input type="checkbox"/> ovaie <input type="checkbox"/> utero <input type="checkbox"/> genitali <input type="checkbox"/> prostata <input type="checkbox"/> cellulite <input type="checkbox"/> ipertensione <input type="checkbox"/> ipotensione <input type="checkbox"/> altro _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<b>Soffro spesso di queste patologie:</b> <input type="checkbox"/> candidosi <input type="checkbox"/> colite <input type="checkbox"/> gastrite <input type="checkbox"/> emorroidi <input type="checkbox"/> ulcere <input type="checkbox"/> stitichezza <input type="checkbox"/> intolleranze <input type="checkbox"/> allergie <input type="checkbox"/> cefalea <input type="checkbox"/> anoressia <input type="checkbox"/> bulimia <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> polmoniti <input type="checkbox"/> bronchite <input type="checkbox"/> altro (indica) _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<b>Disturbi emotivi:</b> <input type="checkbox"/> Ansia <input type="checkbox"/> Crisi di panico (attacchi di) <input type="checkbox"/> Scoraggiament o <input type="checkbox"/> Scarsa stima di sé <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Insonnia <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
<b>Disturbi mentali:</b> <input type="checkbox"/> dipendenze (alcool, cibo, droghe, persone ecc.) <input type="checkbox"/> depressione <input type="checkbox"/> scarsa concentrazione <input type="checkbox"/> incapacità di apprendere		<b>Ho subito i seguenti traumi:</b> <input type="checkbox"/> operazioni chirurgiche: _____ <input type="checkbox"/> incidente: _____ <input type="checkbox"/> stress rilevanti _____	

Dichiaro di aver ricevuto il consenso informato, le indicazioni dei costi e modalità di partecipazione. Avvalendomi della Facoltà CONCESSA DALL'ART.46 d.p.r. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la mia personale responsabilità dichiaro che i dati inseriti nel presente modulo sono veritieri. Tutte le pratiche che seguo volontariamente, non intendo sostituirsi a indicazioni mediche, stato invitato a consultare il mio medico curante per confermare l'idoneità alla pratica. Esonero quindi Cristian Sinisi da qualsiasi danno personale o provocato ad oggetti o persone durante la pratica. **In fede il sottoscritto (firma leggibile) \_\_\_\_\_.**

Ai sensi del D.Lgs 196/2003, art. 7,13 e 23 del trattamento dei dati personali, autorizzo Cristian Sinisi al trattamento dei mie dati personali. **In fede il sottoscritto (firma leggibile) \_\_\_\_\_**