



**Corsi di formazione professionale residenziali "RAV 1 livello" e RAV 2 livello ®  
Rieducare le Abilità della Visione nel bambino con DSA\_ e stimolare le abilità visuo-percettive  
e motorie nei disturbi di tipo neurologico**

**\*RAV 1 LIVELLO ID evento 249538 ID Provider 352 28, 29 settembre e 12 ottobre**  
2° edizione anno 2019  
(data ultima di iscrizione entro il 15 settembre 2019)

**\*RAV 2 LIVELLO ID evento 254816 ID Provider 352 23 e 24 novembre**  
2° edizione 2019  
(data ultima iscrizione entro il 10 novembre 2019)

**\*\* barrare il corso che interessa**

**Sede Operativa:**

**Associazione VTHT - Via Cavour, 1 (angolo Corso Roma) - Cesano Maderno (MB)**  
*presso Centro per la Persona e la Famiglia*

COGNOME.....  
NOME.....  
VIA.....  
CITTA'.....  
PROVINCIA ..... CAP .....

DATA DI NASCITA .....

LUOGO DI NASCITA ..... PROVINCIA.....

TELEFONO.....

EMAIL.....

P.IVA .....C.F. ....

QUALIFICA-PROFESSIONALE .....

COME SONO VENUTA/O A CONOSCENZA DEL CORSO

.....

**Per coloro che non richiedono i crediti ECM allegare CV. L'associazione VTHT avrà la facoltà di valutare il tipo di formazione e accettare l'iscrizione (restituendo la quota versata in caso di esito contrario).**

**FATTURARE:**  A ME STESSO  AD ENTE DI APPARTENENZA

Se la fattura è all'Ente di appartenenza compilare i campi sottostanti:

ENTE-DI-APPARTENENZA .....

P.IVA..... C.F. ....

VIA.....CITTA.....

PROVINCIA ..... CAP.....

TELEFONO..... EMAIL.....

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della legge 196/2003

DATA ...../...../.....

FIRMA .....

#### **MODALITA' DI ISCRIZIONE E PAGAMENTO**

Inviare a [vtht.formazione@gmail.com](mailto:vtht.formazione@gmail.com) la scheda di iscrizione compilata e copia dell'avvenuto bonifico. Poiché i corsi sono organizzati dall'Associazione VTHT è necessario essere soci la quota associativa è di € 30 annuale (*si allega anche modulo della scheda associativa da compilare e ritornare*). Fare un bonifico unico indicando nella causale: **quota ass. 2019 + corso RAV I e/o 2 livello + nome e cognome.**

Coordinate bancarie per bonifico:

**Associazione Vision Trainers And Holistic Therapies**

**IBAN : IT1100569633840000004104X06**

**Banca Popolare Di Sondrio**

**QUOTA DI ISCRIZIONE (IVA esente)**

**RAV 1: € 440 (440+30 quota associativa 2019) con ECM**

Per iscrizioni e pagamenti entro il 10/08/19: sconto del 5% = € 418+ 30

**RAV 1: € 400 (400+30 quota associativa 2019) senza ECM**

Per iscrizioni e pagamenti entro il 10/08/19: sconto del 5% = € 380+ 30

**RAV 2: € 320 (320+30 quota associativa 2019) con ECM**

**RAV 2: € 290 (290+30 quota associativa 2019) senza ECM**

**RAV 1 + RAV 2 (440+320= 760+30 di quota associativa) con ECM**

Per iscrizioni e pagamenti entro il 10/08 /19: sconto del 10% = € 684+30

**RAV 1 + RAV 2 (400+ 290= 690+30 di quota associativa) senza ECM**

Per iscrizioni e pagamenti entro il 10/08/19: sconto del 10% = € 621+30