

Associazione Psicologia Insieme Onlus
Roma, via Morgagni 22
Polo Scolastico Via Antonio Sebastiani 31/33 - Roma

Spett. Associazione

Con la presente il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____, cap _____

in via _____

C.F. _____

e-mail _____

Tel: _____ Cell: _____

Titolo di studio: _____

Professione: _____

CHIEDE di iscrivere il proprio figlio:

▪ NOME E COGNOME: _____

▪ DATA DI NASCITA: _____

▪ CLASSE E SCUOLA FREQUENTATA: _____

▪ DIAGNOSI DI DSA/ADHD (barrare la casella) SI NO INFASE DI VALUTAZIONE

al tutoraggio individuale che si terrà

in via Antonio Sebastiani 31/33 o in via Morgagni 22

il/i giorno/i: _____

dalle: _____ alle: _____

Nome del tutor: _____

La partecipazione ai laboratori sarà vincolata al pagamento di una quota oraria di 20 euro da corrispondere

al termine di ogni incontro

La modalità scelta per il pagamento è:

in contanti

tramite bonifico

Luogo e data _____ Firma _____

Conto Banca Unicredit intestato a: Associazione Psicologia Insieme Onlus

IBAN: IT83Q0200803284000101472617

*causale: **Contributi specifici realizzazione laboratorio dopo scuola + mese + nome di vostro figlio***