



Al Presidente di ARTE

Associazione Professionale Arti Terapie

Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ (____) il _____ e residente a
_____ (____) in via/piazza _____ n° _____,
tel. _____, e-mail _____,
di professione _____, titolo di studio _____,
diplomato/a in _____ (Arteterapia/DanzaMovimentoTerapia/Musicoterapia/Altro)
nell'anno _____ a _____ presso la Scuola _____,

CHIEDE

di essere ammesso/a in qualità di socio ordinario all'Associazione ARTE, nella sezione nazionale di:
(barrare la casella con l'area di interesse)

- NORD EST
- NORD OVEST
- CENTRO
- CAMPANIA
- BASILICATA/CALABRIA
- SICILIA

Dichiara di condividerne i principi ispiratori e gli scopi statutari e di impegnarsi altresì a conformarsi ai suoi statuti, regolamenti e codici deontologici.

_____, lì _____

In fede

firma

Alla presente si allegano i seguenti documenti:

- curriculum formativo e professionale
- copia del diploma di formazione ed eventuale attestazione analitica della didattica
- ricevuta del versamento della quota associativa annuale