

Domanda di ammissione nel Registro degli Operatori delle Arti Terapie

**AL CONSIGLIO DIRETTIVO  
dell'Associazione  
ISTITUTO DI ARTI TERAPIE E SCIENZE CREATIVE**

Viale Oronzo Quarta 24  
73100 Lecce  
fax. 0832.1831426  
email: [info@artiterapie-italia.it](mailto:info@artiterapie-italia.it)

Con la presente il/la sottoscritto/a

Cognome .....

Nome.....

Professione.....

via.....n°.....

CAP.....Località.....Prov.....

CF .....

Cell. ....

Casa/ufficio.....

E-mail.....

chiede di essere ammesso al Registro degli Operatori Specializzati in:

- Arteterapia**
- Musicoterapia**
- Teatroterapia**
- Danzamovimentoterapia**

Versa, come tale, contestualmente la quota annuale di € 100,00 da bonificare sul conto intestato a Istituto di Arti Terapie e Scienze Creative - IBAN: IT60S0311180150000000020123 - Causale: contributo iscrizione registro arti terapeuti.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione della Mission, del Manifesto, del Regolamento del Registro e della Carta Etica e di averne accettato i contenuti.

Chiede, inoltre, di inserire dopo il proprio nominativo le seguenti qualifiche professionali:

.....  
.....

Città.....data.....

Firma

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi della L. 196/03.