

**Scheda di Iscrizione**

Inviare compilata al n. di fax 0510420251 oppure [segreteria.amrer@gmail.com](mailto:segreteria.amrer@gmail.com)  
Oppure WhatsApp al n. di cell. 349.5800852

Il/La sottoscritto/a.....  
nome cognome

nato/a a..... il.....

Residente ..... Via..... CAP..... Prov. ....  
città


Telefono..... - Cellulare.....  
**Obbligatorio uno dei due dati (Telefono fisso o Cellulare)**

E\_mail.....

Medico di Base ..... Specialista Inviante.....

**CHIEDE DI ISCRIVERSI**

**Idrokinesiterapia per fibromialgia**  
**c/o presso la PISCINA XXV APRILE • Via de' Carracci, 36 • Croce di Casalecchio**  
nel periodo di: **(barrare caselle corrispondenti)**

  **Periodo gennaio / aprile**       **Periodo aprile / luglio**       **Periodo settembre / dicembre**  
la partenza del singolo gruppo varia in base all'attività del centro e al raggiungimento del numero minimo – sarà preliminarmente comunicata

**Nel corso**

**Mercoledì - Venerdì dalle 13:00 alle 14:00** • istruttrice ALICE PASQUINI  
Partenza 25/01/23 ↪ Termine 14/04/23 – totale 24 lezioni

**Martedì – Venerdì dalle 19:30 alle 20:30** • istruttrice MARTA COLUCCIO  
Partenza 24/01/23 ↪ Termine 14/04/23 – totale 24 lezioni

**Segnaliamo che i corsi sono di gruppo (max 10 persone/turno)  
e partono al raggiungimento del numero minimo di 6 persone  
Le attività sono realizzate nel pieno rispetto delle direttive precauzionali per il COVID  
Non sono previsti i RECUPERI delle LEZIONI NON FRUITE**

**Note e comunicazioni:**

Data:.....

Firma..... 

Autorizzazione al trattamento dei dati secondo la DLgs 196/03 e ss. (legge sulla "privacy") – Reg UE n.679/2016 ("GDPR"): il sottoscritto autorizza, ai sensi della legge, il trattamento delle informazioni che vengono o che ci verranno fornite in tempi successivi per le finalità legate alla realizzazione del presente progetto e per quanto lo Statuto AMRER assegna all'Ass. Malati Reumatici Emilia Romagna ODV - Via Ca' Selvatica 10/B – 40123 Bologna – CF 80095010379 – [segreteria.amrer@gmail.com](mailto:segreteria.amrer@gmail.com). Si autorizza inoltre AMRER ODV al trasferimento e gestione da parte di società terze dei relativi dati e documenti legati al presente progetto.

Durante il corso saranno eseguite interviste, rilevazioni di gradimento e realizzato materiale foto/video che sarà utilizzato esclusivamente per attività istituzionale per documentare le attività e darne notizia tramite i canali dell'Associazione (periodico/siti internet e social media). **Firmando la presente si autorizza AMRER ODV e le Società collegate e coinvolte nella presente attività all'utilizzo di quanto sopra descritto.** Per eventuali modifiche e cancellazione di questa autorizzazione potete scrivere all'attenzione del Presidente AMRER Onlus alla mail [segreteria.amrer@gmail.com](mailto:segreteria.amrer@gmail.com) manifestando le vostre intenzioni.

Data:.....

Firma..... 



## Modalità di versamento ad AMRER Onlus

**AMRER Onlus - Associazione Malati Reumatici Emilia Romagna**

**Sede Legale/Regionale: Via Ca' Selvatica, 10/B • 40123 Bologna • CF 80095010379**

**Tel. 051.249045 • Fax. 051.0420251 - Cell. 335.6223895 (cell presidente Guerrina Filippi)**

[www.amrer.it](http://www.amrer.it) – [segreteria.amrer@gmail.com](mailto:segreteria.amrer@gmail.com)

Orari Ufficio: Sig.ra Erica (Lun. 9.00-17.00 / Merc. Giov. Ven. ore 9.00 – 13.00)

Coordinatore attività - Daniele Conti - 349.5800852

---

**Sede Gruppo Operativo Cesena • Via Serraglio, 18 - 47521 Cesena**

**Tel. 0547.611624 (lun. 16.00/18.00) • Referente: Edoardo Rossi cell. 335.1044856**

---

**Le donazioni/versamenti all'associazione sono eseguibili in una di queste modalità:**

**CONTO CORRENTE BANCARIO c/o UNICREDIT BANCA**

intestato ad: **ASSOCIAZIONE MALATI REUMATICI EMILIA ROMAGNA**

**Bonifico bancario / Giroconto:**

c/c n. **2971809** - CIN L - CAB 02416 - ABI 02008 - Codice BIC Swift: UNICRITM1MP5

**IBAN IT 72 L 02008 02416 000002971809**

CAUSALE: contributo per percorso IDROKINESI + nome centro 'MASI'

/ oppure /

**CONTO CORRENTE POSTALE**

c.c.p. n. 12172409 (con classico bollettino postale / o postagiuro dal altro ccp.)

oppure **bonifico IBAN IT70 L076 0102 4000 00012172409**

intestato ad **A.M.R.E.R. Onlus - Via Ca' Selvatica, 10/B - 40123 Bologna**

CAUSALE: contributo per percorso IDROKINESI + nome centro 'MASI'

---

Ricordarsi sempre di specificare il **nome e cognome corrispondente alla persona che effettua il versamento e di inviare riscontro del versamento stesso via mail [segreteria.amrer@gmail.com](mailto:segreteria.amrer@gmail.com) o fax n. 051.0420251 / wapp cell. 3495800852**

***Certificazione del contributo versato per attività Progetto Idrokinesi terapia per Fibromialgia***

**Si informa che provvederemo a emettere regolare ricevuta di versamento contributo del progetto Idrokinesi terapia per Fibromialgia entro 3 mesi dalla fine delle attività. Specifichiamo che, trattandosi di un contributo alle spese e non di una donazione, tale ricevuta non è fiscalmente detraibile in fase di dichiarazione dei redditi.**