



ISCRIZIONE PROGETTO TERAPEUTICO PARENT-TRAINING

NOME E COGNOME

MOGLIE

.....

MARITO

.....

Residente a:

.....

Genitore di: **di anni**

E MAIL

CELL. /TEL.

Le sedute previste saranno 10 della durata di 2 ore ciascuna

Donazione minima per la partecipazione € 150 (per il versamento vedi coordinate bancarie in fondo)

Il Parent training si svolgerà su piattaforma online per rispettare norme di sicurezza antiCovid 19

Ogni incontro sarà corredato di una dispensa numerata sul tema specifico dell'incontro

**Il versamento va fatto a: ADHD PIEMONTE FAMIGLIE ASSOCIATE ODV
Banca Sella Filiale di Santhià - Iban IT67 J 03268 44779 052519281470
CAUSALE Donazione Parent Training ... cognome socio iscritto e gruppo**

Firma del Socio iscritto.....