**Richiesta di partecipazione al workshop**

**TOKEN ECONOMY**

**come usare il sistema di rinforzamento a gettoni negli ambienti educativi**

**Relatore Dott. Jonathan W. Ivy, PhD, BCBA-D,**

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………….. nato/a a…………………………………….. prov. …..

il ………………………… e residente a……………………………….. prov. ….. in Via……………………………………….,

cell. ………..,

e-mail………………………………………………….….….@ ,

**CHIEDE**

di poter partecipare al WORKSHOP che si terrà nei giorni **30 Novembre-1 dicembre 2019** presso l’**Hotel Excelsior di Bari**.

* Si impegna per la partecipazione a versare la quota di **Euro 50,00** (senza recesso) in qualità di **socio GAP**, con bonifico bancario sul conto corrente intestato a “Associazione Genitori Autismo Puglia” presso la Banca UNICREDIT BANCA filiale di CAPURSO (BA) – IBAN **IT 42 D 02008 41411 000401408341** – specificando nella causale “Liberalità Workshop” ed a far pervenire la presente richiesta di adesione alla segreteria del GAP, allegando copia dell’avvenuto pagamento.
* Si impegna per la partecipazione a versare la quota di **Euro 50,00** (senza recesso) in qualità di **Tecnico ABA socio GAP**, con bonifico bancario sul conto corrente intestato a “Associazione Genitori Autismo Puglia” presso la Banca UNICREDIT BANCA filiale di CAPURSO (BA) – IBAN **IT 42 D 02008 41411 000401408341** – specificando nella causale “Liberalità Workshop” ed a far pervenire la presente richiesta di adesione alla segreteria del GAP, allegando copia dell’avvenuto pagamento.
* Si impegna per la partecipazione a versare la quota di **Euro** **100,00** (senza recesso) in qualità di (tecnico aba non socio GAP, medico, insegnante, educatore, psicologo, logopedista, genitore, ecc), con bonifico bancario sul conto corrente intestato a “Associazione Genitori Autismo Puglia” presso la Banca UNICREDIT BANCA filiale di CAPURSO (BA) – IBAN **IT 42 D 02008 41411 000401408341** – specificando nella causale “Liberalità Workshop” ed a far pervenire la presente richiesta di adesione alla segreteria del GAP, allegando copia dell’avvenuto pagamento. **Contributo per bonifico effettuato entro il 17/11/2019.**
* Si impegna per la partecipazione a versare la quota di **Euro** **150,00** (senza recesso) in qualità di (tecnico aba non socio GAP, medico, insegnante, educatore, psicologo, logopedista, genitore, ecc), con bonifico bancario sul conto corrente intestato a “Associazione Genitori Autismo Puglia” presso la Banca UNICREDIT BANCA filiale di CAPURSO (BA) – IBAN **IT 42 D 02008 41411 000401408341** – specificando nella causale “Liberalità Workshop” ed a far pervenire la presente richiesta di adesione alla segreteria del GAP, allegando copia dell’avvenuto pagamento. **Contributo per bonifico effettuato dal 18/11/2019.**

Si allega copia del bonifico bancario CRO N. per un totale di Euro , 00 per la partecipazione al workshop del/della Sig./Sig.ra .

Segue informativa privacy e modulo consensi da compilare in ogni sua parte.

Luogo e data Firma

……………………, ………………… ………………………………