



Foto
(Facoltativa)

Questionario per la formazione in integrazione fasciale

Nome e Cognome

Città di provenienza

Mail e recapito telefonico

Professione

Data di nascita..... Formazione scolastica e professionale (diplomi, lauree, specializzazioni, corsi, durata, ore)

.....
.....

Qualificazione professionali (albi, associazioni appartenenza)

.....
.....

Specificare se già si lavora nel campo della terapia e della salute, e descrivere brevemente la propria pratica professionale (Natura del lavoro e clienti per settimana)

.....
.....
.....

Conoscenze di anatomia e fisiologia (corsi e ore d'insegnamento)

.....
.....
.....

Specificare la presenza di operazioni, traumi, cadute, ricoveri, malattie,(informazioni necessarie ai fini del lavoro fasciale)

.....
.....
.....
.....

Specificare se si è intrapreso in passato qualche tipo di terapia, (terapie farmacologiche, psicoterapia, omeopatia, osteopatia, medicina tradizionale, terapie olistiche ...)

.....
.....
.....
.....

Specificare se attualmente si sta svolgendo un percorso terapeutico. Se sì quale?

.....
.....
.....

Quale è attualmente il tuo stato di salute fisica e psichica? Sono presenti ora o sono stati presenti in passato momenti di forte instabilità?

.....
.....
.....
.....

Cosa ci si aspetta dalla formazione in integrazione fasciale? Quali sono le motivazioni che ti hanno spinto ad iscriverti?

.....
.....
.....
.....

Quali aspetti di te stesso, professionali e/o personali, vorresti approfondire attraverso la formazione in integrazione fasciale?

.....
.....
.....
.....

Come sei venuto a conoscenza della formazione? Attraverso quale mezzo? (internet, brochure, colleghi ecc.)

.....
.....
.....

Firma _____

