

**SCHEDA INFORMATIVA - SPORTELLO PER IL CITTADINO CONSUMATORE**  
**Da compilarsi a cura del professionista DMT APID**

**Nome Cognome:**  
**Ambra Rospo**

**Email di riferimento attuale e valida:**  
**ambrarospo@yahoo.it**

**Città dove svolge l'attività di DMT:**  
**Perugia**

**Titolo di studio:**  
**Diploma scuola superiore (a breve laurea in Scienze motorie)**

**Professione:**  
**insegnante metodo Pilates e proprietaria di un centro sportivo**

**Formazione APID presso:**  
**A.S.D. Eurinome - Scuola di pedagogia della mediazione corporea ed espressiva ad indirizzo simbolico antropologico, formazione in danzamovimentoterapia. Perugia**

**Iscrizione al Registro DMT APID:**  
**n° 489    anno 2017**

**Ambito di applicazione dell'attività di DMT:**  
**ambito pedagogico adulti**

**Breve presentazione dell'attività professionale svolta (max10 righe):**  
**Gestisco una palestra e nell'ambito della palestra, in particolar modo nel Pilates, integro elementi di DMT**  
**Sono tutor DMT presso la Scuola di pedagogia della mediazione corporea ed espressiva ad indirizzo simbolico antropologico, formazione in danzamovimentoterapia. Perugia**