



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

**Nome Cognome: Marcella Caponio**

**Email di riferimento attuale e valida: marcellacaponio@libero.it**

**Città dove svolge l'attività di DMT: Erchie Br**

**Titolo di studio: Diploma di Maturità Dirigente di comunità'**

**Professione: Collaboratore dell'impresa Familiare**

**Formazione APID presso: Associazione Sarabanda AFGP**

**Iscrizione al Registro DMT APID: n° 536 anno 2013-2017**

**Ambito di applicazione dell'attività di DMT: Scuola Primaria e Superiori**

**Breve presentazione dell'attività professionale svolta (max10 righe):**  
**Progetto svolto a Bari presso Istituto Tridente rivolto all'integrazione di alunni diversamente abili con normodotati.**

**Progetto scolastico in Erchie presso scuola primaria per festa degli Alberi.**  
**Progetto rivolto a utenti già in psicoterapia verbale in collaborazione con la Dott.ssa Dora Schinaia.**

**Progetto rivolto a paziente oncologica.**

**Stage in collaborazione con maestro di Tai ji Giuseppe Urselli.**

