



ISCRIZIONE A A.P.O.S. e D.B.N.

Nome: Cognome:

Codice fiscale:

Data di nascita: Indirizzo:

CAP: Città: Provincia:

Tel: Cell: Fax: E-mail:

MI ASSOCIO a A.P.O.S. e D.B.N. e verso la quota di 130 €

COME SOCIO PROFESSIONALE ORDINARIO

COME SOCIO PROFESSIONALE CERTIFICATO

RINUNCIO ALLE COPERTURE ASSICURATIVE, NON ESSENDO RESIDENTE IN ITALIA Firma

La quota associativa comprende l'abbonamento alla **Rivista**

Data Firma

CURRICULUM

Nome della scuola: Città:

Corsi portati a termine

- ore di corso ore di pratica extracorso..... terminato m/a
- ore di corso ore di pratica extracorso..... terminato m/a
- ore di corso ore di pratica extracorso..... terminato m/a
- Altri corsi, altre esperienze.....
- Si prega di allegare copia di diplomi, attestati, ecc

Come pratico

Tipo di rapporto

- | | | | |
|---|---|-----------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a tempo pieno | <input type="checkbox"/> autonomo sono in possesso di P.IVA | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si dal |
| <input type="checkbox"/> part time (con altra attività) | <input type="checkbox"/> di collaborazione | | |
| <input type="checkbox"/> a livello amatoriale (gratis) | <input type="checkbox"/> dipendente | | |

Dove pratico

- | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> in casa propria | <input type="checkbox"/> presso il domicilio del ricevente | <input type="checkbox"/> con altri | <input type="checkbox"/> altro |
| <input type="checkbox"/> presso uno studio proprio | <input type="checkbox"/> da solo | <input type="checkbox"/> fisioterapista | <input type="checkbox"/> altro |
| <input type="checkbox"/> presso lo studio di altri | <input type="checkbox"/> medico | <input type="checkbox"/> generica | |
| <input type="checkbox"/> presso una palestra | <input type="checkbox"/> arti marziali | | |
| <input type="checkbox"/> presso un'associazione | <input type="checkbox"/> presso un centro estetico | | |
| <input type="checkbox"/> presso un centro shiatsu | <input type="checkbox"/> altro..... | | |

INFORMATIVA ART. 13 D.Lgs. 196/2003 "Tutela dei dati personali".

In conformità all'art. 13 del D.Lgs. 196/03, La informiamo che i dati raccolti con la compilazione del presente modulo, saranno utilizzati da A.P.O.S. e D.B.N. Associazione Professionale Operatori Shiatsu e Discipline Bio-Naturali, nonché per finalità di tipo statistico e obblighi derivanti dalla legge. Il trattamento dei predetti dati personali avviene mediante strumenti manuali e con strumenti informatici, comunque idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. In occasione di eventi e congressi, i dati da Lei conferiti saranno comunicati a Organismi di vigilanza per obblighi di legge e, ad eventuali hotel per le prenotazioni da Lei richieste dei pernottamenti, organizzate da A.P.O.S. e D.B.N. Il mancato conferimento dei dati richiesti, potrebbe rendere impossibile la gestione dei rapporti tra Lei e l'Associazione e la redazione di statistiche necessarie per il costante miglioramento dei servizi erogati. La informiamo inoltre che ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03, Lei ha diritto di conoscere, aggiornare, rettificare, cancellare tutti i suoi dati, e di esercitare tutti i restanti diritti previsti dal sopra citato articolo, mediante comunicazione scritta al Titolare del trattamento dati, A.P.O.S. e D.B.N. Associazione Professionale Operatori Shiatsu e Discipline Bio-Naturali, con sede in Milano, via Vitruvio 35, 20124. Acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità e nei termini indicati nella presente informativa.

Firma dell'interessato

Trattamenti dati aggiuntivi

Firma dell'interessato

Comunicazioni destinate a me, da parte dell'Associazione Accenso Non Accenso

Inserimento del mio nome su siti INTERNET e in elenchi/libretti per utilizzo presso fiere e convegni e su riviste. Accenso Non Accenso

Comunicazione del mio nominativo in caso di richiesta telefonica Accenso Non Accenso

Per iscriversi:

- a) Stampare il modulo, compilarlo in **stampatello** fornendo **tutte** le informazioni richieste
- b) Effettuare versamento quota su **c/c postale n°26557488** intestato **A.P.O.S. e D.B.N.**
- c) **Inviare fax al n° 02.29525590** il modulo di iscrizione e la copia del bollettino di c/c postale, oppure spedire a: **A.P.O.S. e D.B.N. Via Vitruvio 35 20124 Milano – tel 02.29532182 e-mail: shiatsuapos@tin.it – sito: www.shiatsuapos.com; C.F. 97249270154**