



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 ISCRIVO A A.P.O.S. e D.B.N. COME
STUDENTE / PRATICANTE ASPIRANTE SOCIO e verso 50 €**
comprehensive dell'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

Corsi da seguire per terminare il curriculum

- ore di corso ore di pratica extracorso..... terminato m/a
- ore di corso ore di pratica extracorso..... terminato m/a
-

N.B. Si prega di inviare alla Segreteria dell'A.P.O.S. e D.B.N. la copia degli attestati / diplomi ricevuti.

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, 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

Acconsento Non Acconsento

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