DOMANDA DI ISCRIZIONE

SEZIONE A - DATI OBBLIGATORI

Nome: Cognome:

Codice fiscale: Titolo di studio:*

Data di nascita: Luogo di nascita:

Indirizzo:

CAP: Comune: Provincia:

Cell: Tel: E-mail**:

Si chiede di allegare al presente modulo una foto del viso (tipo fototessera) in formato digitale (JPG o PNG)

Nome della scuola Shiatsu di provenienza e data termine percorso formativo:

☐ Si allega copia degli attestati rilasciati dalla/e scuola/e di provenienza

☐ Si allega copia della Carta d'Identità e del Codice Fiscale

(*) Diploma obbligatorio solo per i nati dopo il 1995.
(**) TUTTE le comunicazioni di Apos avverranno a mezzo email, si prega indicare un indirizzo elettronico valido.

Ai sensi dell'Art. 4.5 dello Statuto, dichiaro di non aver riportato condanne penali definitive per reati dolosi che siano incompatibili con lo spirito e le finalità dell'Associazione.

A1 - Categoria d'iscrizione

☐ **ASSOCIATO OPERATORE AGGIORNATO CON RILASCIO ATTESTATO L.4/2013 (EOSA)**

A2 - Ammontare della quota associativa per i nuovi iscritti

Per determinare la quota associativa utilizzare la seguente tabella con gli importi divisi in base al mese di prima iscrizione. La scadenza sarà sempre il 31/12 di ogni anno.

	Iscrizione nel mese di	Mesi	Associato			Iscrizione nel mese di	Mesi	Associato
☐	gennaio	12	130,00		☐	luglio	06	65,00
☐	febbraio	11	119,00		☐	agosto	05	54,00
☐	marzo	10	108,00		☐	settembre	04	43,00
☐	aprile	09	98,00		☐	ottobre	03	32,00
☐	maggio	08	87,00		☐	novembre	02	22,00
☐	giugno	07	76,00		☐	dicembre	01	11,00

La quota associativa comprende l'abbonamento alla **Rivista Digitale e la copertura assicurativa RCP**
Attenzione: per i soggetti NON residenti in Italia non opera la copertura assicurativa.

A3 - Procedura di iscrizione

1. Stampare il presente modulo compilarlo in **stampatello** fornendo **tutte** le informazioni richieste e firmarlo.
2. Effettuare il versamento della quota associativa su c/c bancario intestato a APOS
   Iban **IT98A0103070530000000564835 - Monte dei Paschi di Siena**.

DOMANDA DI ISCRIZIONE

3. Inviare la domanda di iscrizione, completa dell'attestato di fine corso e della copia del bonifico, attraverso una delle seguenti modalità:
   - tramite mail all'indirizzo **info@shiatsuapos.com**
   - via WhatsApp al numero 3312415265

A4 - Informazioni ed avvertenze in applicazione dello Statuto e del Regolamento
Ai sensi della Legge 4/2013, l'Associazione rende disponibile Statuto, Regolamento, Codice Deontologico o di Condotta sul sito internet: www.shiatsuapos.com

- **3.2 - Termini previsti per il versamento della quota associativa.** Ai sensi dell'Art. 8.1 comma a) dello Statuto, il termine previsto per il versamento della quota associativa scade il 31.12 di ogni anno e con essa vengono a decadere tutti i servizi e le coperture ad essa connessi. Al fine di mantenere lo status di Associato ci sarà tempo fino al 31 marzo per regolarizzare la quota associativa.
- **1.6 – Dimissioni.** Il mancato versamento della quota sociale annuale nei termini previsti, costituisce manifesta volontà ad esercitare il proprio diritto di recesso dall'Associazione. L'Associato dimissionario che richiede di iscriversi nuovamente all'Associazione:
  1. deve versare la quota associativa e compilare i moduli di iscrizione;
  2. perderà l'aggiornamento e/o la validità dell'Attestazione rilasciata ai sensi della L. 4.2013 e potrà essere iscritto unicamente nella sezione Ordinari (operatore o insegnante), ove rimarrà fino al superamento di un evento specifico di aggiornamento e valutazione in caso di operatore; e di un evento specifico organizzato dalla CTS in caso di insegnante. Il positivo superamento dell'evento specifico consentirà di nuovo l'iscrizione nella categoria attestati previo pagamento della quota una-tantum.

La copertura assicurativa decade al momento della scadenza della quota associativa; APOS declina ogni responsabilità e segnalerà sul proprio sito Web, in osservanza alla legge del consumo e alla Legge 4/2013, l'Associato che abbia perso i requisiti della qualifica.

Ai sensi dell'art. 17.1 c. a) dello statuto, la presente domanda sarà oggetto di approvazione da parte del Consiglio Direttivo.
Con la sottoscrizione del modulo di iscrizione, dichiaro di conoscere, osservare e rispettare quanto riportato nello Statuto, nel regolamento dell'Associazione e nel Codice Deontologico o di Condotta.

Luogo e Data_____ Firma per accettazione_____

SEZIONE B – ELEMENTI AGGIUNTIVI

B1 - Trattamento dati aggiuntivi

Consenso per pubblicazione dati personali negli elenchi Operatori Attestati aggiornati sul sito www.shiatsuapos.com

☐ Acconsento
☐ Non Acconsento

Firma per accettazione _____

N.B. *Il* ***MIMIT*** *(ex MISE)* ***obbliga la pubblicazione sul sito*** *Apos del nominativo di coloro che hanno* ***l'Attestato di Qualità dei Servizi L.4/2013****, ma è possibile indicare quali dati visualizzare.*

Dati da pubblicare sul sito – Spuntare le caselle interessate

☐ **FOTO**
☐ **INDIRIZZO ***
☐ **EMAIL ***
☐ **CELLULARE ***

****COMPILARE SOLO SE DIVERSI da quelli già indicati nei dati anagrafici***

INFORMATIVA PRIVACY RESA AI SENSI DEGLI ART. 13-14 del GDPR 2016/679. Vedi testo integrale sul sito www.shiatsuapos.com

Rev. 15.11.2021

Via Vitruvio n° 35 - 20124 Milano - Tel. 02.29532182 - Fax 02.29525590
Mail: info@shiatsuapos.com Pec: apos@messaggipec.it Web: www.shiatsuapos.com
C.F. 97249270154 - P.IVA 06807410961