

SCHEDA D'ISCRIZIONE (da compilare e inviare ad APOS a info@shiatsuapos.com o fax 02.29525590).

- ☐ Partecipazione al 1° Convegno Nazionale di Pratica e Scambio - **Trieste 28-29 Settembre 2024**
Quota di partecipazione **50,00€** per Associati e Aspiranti Associati – **NON Associati 61,00** (IVA inclusa)

SEZ. 1 – DATI PARTECIPANTE

1.A) **ASSOCIATO APOS** Cognome, Nome _____

CF _____

N.B.: APOS non può emettere fattura a fronte di entrate istituzionali (quote versate dagli associati). Come giustificativo della spesa sostenuta sarà sufficiente allegare ai propri documenti fiscali la copia del bonifico effettuato.

1.B) **NON ASSOCIATO APOS o ASPIRANTE ASSOCIATO** (sarà emessa fattura con i dati riportati)

Cognome, Nome _____

Indirizzo (Via, Città, cap) _____

Cellulare _____ Email _____

Codice Fiscale _____ Partita Iva _____

- ☐ Allego fotocopia documento e tesserino sanitario per Cod. Fisc.

SEZ. 2 – CATEGORIA (Compilare **SOLO** se Associati Apos)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Prima valutazione | ☐ Asp. Associato | ☐ CDV (Commissione di Valutazione) |
| ☐ Aggiornamento | ☐ Ospite | ☐ Caposcuola (EdFC) |

NOTA BENE: Il Convegno inizierà **SABATO ore 9.00** e terminerà **DOMENICA ALLE ORE 13.30.**

Le **PROVE di VALUTAZIONE** si svolgeranno **VENERDÌ dalle ore 14.00**

In caso di parziale partecipazione **NON** sarà riconosciuto **l'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE**

N.B. La quota versata per il Convegno non è rimborsabile. In caso di disdetta/rinuncia tale quota sarà mantenuta in accantonamento per 12 mesi dalla data di versamento e riutilizzabile per il valore della stessa al fine di partecipare ad altro evento di Aggiornamento/Valutazione APOS.

FIRMA