

DOMANDA DI NUOVA ISCRIZIONE / VARIAZIONE / RINNOVO

per l'anno _____

Δ Nuovo socio

Δ Rinnovo iscrizione

Δ Variazione Dati

PER FAVORE SCRIVERE IN STAMPATELLO

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

Codice Fiscale _____ E-mail _____

Tel. _____ Cellulare _____

CHIEDO DI ESSERE AMMESSO IN QUALITA' DI:

Δ - Socio Sostenitore _____ **€ 20,00**

Δ - Socio Ordinario, in formazione presso _____ **€ 50,00**

Δ - Socio Professionista, diplomato presso _____

monte ore: _____ (se nuovo iscritto, allegare fotocopia del diploma) **€ 100,00**

Δ - Socio Insegnante, presso _____ **€ 200,00**

Dichiaro che i dati sopra esposti corrispondono a verità, consapevole delle conseguenze previste dall'art.76 DPR 445/00 in caso di dichiarazioni false o mendaci.

Desidero sottoscrivere anche la copertura assicurativa per la Responsabilità civile che A.CS.I. ha stipulato con polizza collettiva per i suoi associati con una primaria compagnia. Rimborso costo assicurativo sostenuto dall'Associazione: **€ 20,00 annui** (da sommare alla quota associativa). **(obbligatoria per professionisti e insegnanti che non hanno altra copertura assicurativa)**

Sono informato che l'adesione scade il 31 Dicembre di ogni anno e che dopo tale data, salvo rinnovo, i benefici derivanti dalla mia adesione all'associazione, cessano e mi assumo la responsabilità per ogni eventuale danno causato da ritardi nell'effettuare il pagamento; sono inoltre a conoscenza che l'adesione all'A.CS.I. comporta l'automatica accettazione delle norme e dei regolamenti.

Invio alla segreteria di A.CS.I. (fax **02.45503562**):

- **La presente domanda** compilata in ogni sua parte

- La fotocopia del diploma (se nuovo iscritto)

- **L'attestazione per il trattamento dei dati (privacy)** compilato e firmato in ogni sua parte

- **La copia del bonifico bancario (se professionista, comprensivo della copertura assicurativa di 20 euro)** a

favore di: **A.CS.I. (Associazione Craniosacrale Italia)** presso la **Banca Popolare Etica**

Codice IBAN IT 93-W-05018-01600-000000123667

Luogo e Data _____ **Firma leggibile** _____

ATTESTAZIONE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI (PRIVACY)

Non rientra nelle finalità dell'Associazione diffondere dati a terzi o ad aziende, per scopi commerciali o non inerenti all'attività dell'associazione stessa.

In ogni caso, anche la semplice comunicazione di nominativi a membri dell'associazione stessa o a persone che facciano richiesta di informazioni su operatori qualificati, comporta la necessità di approvazione scritta; per tanto di seguito verranno indicate ai sensi di tale legge, clausole standard per l'autorizzazione al trattamento dei dati.

Sono informato che ex art.7 Lg.196/2003, che il responsabile del trattamento dei dati è il Sig.Giorgio Codevilla, domiciliato presso l'associazione scrivente, e che è mia facoltà ottenere conferma dell'esistenza di dati personali che mi riguardano, come pure la comunicazione in forma intelleggibile dei medesimi dati, della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI E DIFFUSIONE - Firmare ogni clausola

- Accenso e autorizzo A.CS.I. alla conservazione dei miei dati:

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO** Firma _____

- Accenso e autorizzo A.CS.I. ad inviarmi informazioni sulle iniziative della associazione

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO** Firma _____

- Accenso ed autorizzo A.CS.I. a pubblicare nel Registro degli Operatori Italiani di Craniosacrale Professionisti, R.O.I.C.S. i seguenti dati personali (solo per i soci professionisti) :

cognome..... nome..... n. telefono.....

città.....provincia..... email.....

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO** Firma _____

- Accenso ed autorizzo A.CS.I. a comunicarli per rispondere a specifiche richieste da parte del pubblico (o enti)

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO** Firma _____

- In qualsiasi momento è possibile effettuare verifiche, modifiche, cancellazioni dei dati e delle autorizzazioni concesse. Sono informato che ciascuna richiesta potrà comportare un contributo spese non superiore ai costi effettivamente sostenuti.

Luogo e data _____ **Firma leggibile** _____