

DOMANDA DI NUOVA ISCRIZIONE / VARIAZIONE / RINNOVO

per l'anno **2019**

▲ Nuovo socio

▲ Rinnovo iscrizione

▲ Variazione Dati

COGNOME _____ NOME _____

Luogo data di nascita _____

Via _____ CAP _____ Città _____ PR _____

Codice Fiscale _____ Partita Iva _____

E-mail _____ Tel. _____ Cell. _____

CHIEDO DI ESSERE AMMESSO IN QUALITA' DI:

▲ Socio Sostenitore _____ € 20,00

▲ Socio Ordinario, in formazione presso _____ € 50,00

▲ Socio Qualificato formato presso _____ monte ore: _____ € 120,00
(se nuovo iscritto, allegare fotocopia dell'attestato di formazione)

▲ - Socio Istruttore, presso _____ € 220,00

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

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.C.S.I. comporta l'automatica accettazione delle norme e dei regolamenti.

Invio alla segreteria di A.C.S.I. (allegato ad una e-mail/a mezzo **fax : 0383 1970253** – a mezzo **WhatsApp 348 9983625**):

▲ - La presente domanda compilata in ogni sua parte

▲ - La fotocopia dell'attestato (se nuovo iscritto)

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

▲ - Dichiarazione corsi di aggiornamento

▲ - La copia del bonifico bancario a favore di: **A.C.S.I. (Associazione Craniosacrale Italia)** presso la Banca Popolare Etica **Codice IBAN: IT93 W050 1801 6000 0000 0123 667**

Luogo e Data _____ Firma leggibile _____

DICHIARAZIONE CORSI DI AGGIORNAMENTO

▲ - Ho effettuato le ore di aggiornamento biennale in questo modo (soci Qualificati **20 ore** – Istruttori **40 ore**):

- in data _____ ho partecipato al corso/seminario _____
 presso _____ per un totale di ore _____

- in data _____ ho partecipato al corso/seminario _____
 presso _____ per un totale di ore _____

Se non si sono fatti corsi di aggiornamento, è necessario contattare la segreteria prima di effettuare il pagamento: tel. 348 998 3625

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

Firma _____

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; pertanto di seguito verranno indicate ai sensi di tale legge, clausole standard per l'autorizzazione al trattamento dei dati.

Sono informato che in conformità con le disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 del 27/04/2016, la persona responsabile del trattamento dei dati è la Sig.a Luisa Brancolini, domiciliata in Pietrasanta (LU), Via Monte Gabberi, 4, e che è mia facoltà ottenere conferma dell'esistenza di dati personali che mi riguardano, come pure la comunicazione in forma intelligibile 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

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

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

- Accenso ed autorizzo A.CS.I. a pubblicare nel Registro soci A.CS.I. Qualificati/Istruttori in Craniosacrale, i seguenti dati personali (solo per i soci qualificati e istruttori) :

Cognome e nome..... Regione Città Prov,.....

Tel./cell email.....

Sito web

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.

Firma _____