

## Modulo iscrizione anno 2026

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita Iva \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**Letto lo Statuto dell'Associazione  
CHIEDO DI ESSERE AMMESSO IN QUALITA' DI:**

**Δ Socio Sostenitore** \_\_\_\_\_ **€ 30,00**

**Δ Socio Ordinario, in formazione presso** \_\_\_\_\_ **€ 50,00**

**Δ Socio Qualificato, formato presso** \_\_\_\_\_ **monte ore** \_\_\_\_\_ **€ 120,00**

**Δ - Socio Istruttore, presso** \_\_\_\_\_ **€ 170,00**

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.CS.I. comporta l'automatica accettazione delle norme e dei regolamenti.**

Invio alla segreteria di A.CS.I. allegato ad una e-mail:

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

**Δ - La fotocopia dell'attestato** (se nuovo iscritto)

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

**Δ - Dichiarazione corsi di aggiornamento (quando richiesti dalla segreteria)**

**Δ - Copia di un documento d'identità**

**Δ - Copia del bonifico bancario per i soci ordinari e sostenitori (i nuovi soci qualificati e istruttori, devono aspettare l'ok della segreteria)**

### Dati per il pagamento della quota associativa

**Δ - bonifico online a questo link:** <https://www.acsicaniosacrale.it/versamento-contributi-soci/>

**Δ - bonifico bancario** a favore di: **A.CS.I. (Associazione Craniosacrale Italia)** presso la **Banca Popolare Etica**  
**Codice IBAN: IT70 L050 1801 6000 0001 1236 676**

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma per accettazione** \_\_\_\_\_

## 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.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma per accettazione** \_\_\_\_\_

### Informativa ex Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003; REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 e successivo DM 101/2018

l'Associazione tratterà i Suoi dati personali nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e Leggi Nazionali vigenti esclusivamente per le finalità sociali contenute nello Statuto e regolamenti dell'Associazione A.CS.I. (Associazione Craniosacrale Italia), per la gestione del rapporto associativo, ed in particolare per:

- la corrispondenza e rintracciabilità dei soci, la convocazione alle assemblee
- il pagamento delle quote associative
- l'adempimento degli obblighi di legge
- la comunicazione dei suoi dati di contatto a potenziali clienti (facoltativo)
- la pubblicazione dei suoi dati di contatto sul Registro Soci A.CS.I. Qualificati/Istruttori in Craniosacrale, (facoltativo - riservato ai soci qualificati e istruttori)
- l'invio del notiziario dell'associazione e di comunicazioni su iniziative sociali (facoltativo)

I trattamenti dei dati saranno svolti e i dati conservati da incaricati autorizzati, in forma cartacea e informatica.

*I dati non saranno comunicati a terzi né saranno diffusi, se non nelle modalità esplicitamente accettate.*

*L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, telefono e mail è necessaria per la gestione del rapporto associativo e per l'adempimento degli obblighi di legge.*

*Il conferimento degli altri dati è facoltativo, ma potrebbe essere pregiudizievole per la fruizione di alcuni servizi offerti dall'Associazione.*

I dati collezionati saranno custoditi presso la sede operativa dell'Associazione dalla responsabile, Sig.ra Luisa Brancolini.

**Diritti dell'interessato.** Nella qualità di interessato, Le sono garantiti tutti i diritti specificati all'art. 15 GDPR, tra cui il diritto all'accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati, di revocare il consenso (ove prestato) al trattamento (senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca), di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali. L'esercizio dei diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare alla mail [segreteria@acsicraniosacrale.it](mailto:segreteria@acsicraniosacrale.it) o mediante lettera raccomandata a/r presso la sede operativa dell'Associazione.

**Durata della conservazione dei dati:** i dati saranno conservati per la durata dell'affiliazione all'Associazione, ove non diversamente indicato da norme di legge.

**Titolare del trattamento** è la signora Luisa Brancolini, domiciliata in Pietrasanta (LU), Via Monte Gabberi, 4.

**Luogo, data** \_\_\_\_\_ **Firma per accettazione** \_\_\_\_\_

**Consensi facoltativi**  
(non pregiudizievoli per l'iscrizione all'A.CS.I. - Associazione Craniosacrale Italia)

Do il consenso alla comunicazione dei miei dati di contatto a potenziali clienti. Potrò revocare tale consenso in ogni momento tramite comunicazione e-mail all'indirizzo [segreteria@acsicraniosacrale.it](mailto:segreteria@acsicraniosacrale.it)

Sì -  No

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma per accettazione** \_\_\_\_\_

Do il consenso a ricevere il **notiziario dell'Associazione (newsletter)** all'indirizzo e-mail da me rilasciato. Potrò revocare tale consenso in ogni momento tramite comunicazione e-mail all'indirizzo [segreteria@acsicraniosacrale.it](mailto:segreteria@acsicraniosacrale.it)

Sì  No

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma per accettazione** \_\_\_\_\_

Do il consenso a ricevere promemoria e **comunicazioni relative alle attività sociali da me frequentate** all'indirizzo e-mail da me rilasciato. Potrò revocare tale consenso in ogni momento tramite comunicazione e-mail all'indirizzo: [segreteria@acsicraniosacrale.it](mailto:segreteria@acsicraniosacrale.it)

Sì  No

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma per accettazione** \_\_\_\_\_

Do il consenso a ricevere **comunicazioni e informative sulle attività associative in programma** all'indirizzo e-mail da me rilasciato. Potrò revocare tale consenso in ogni momento tramite comunicazione e-mail all'indirizzo: [segreteria@acsicraniosacrale.it](mailto:segreteria@acsicraniosacrale.it)

Sì  No

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma per accettazione** \_\_\_\_\_

**Liberatoria fotografica**

Al fine di promuovere le attività sociali dell'Associazione, autorizzo l'Associazione A.CS.I. (Associazione Craniosacrale Italia) alla riproduzione e alla pubblicazione di materiale fotografico e/o audiovisivo relativo ad iniziative ed eventi sociali, contenente la mia immagine su siti internet, social network e su riviste o pubblicazioni cartacee. La posa e l'utilizzo delle immagini sono da considerarsi effettuate in forma del tutto gratuita ed in maniera totalmente corretta. Potrò revocare tale consenso in ogni momento tramite comunicazione e-mail all'indirizzo [segreteria@acsicraniosacrale.it](mailto:segreteria@acsicraniosacrale.it)

Sì -  No

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma per accettazione** \_\_\_\_\_

**Solo per i "Soci Qualificati" e i "Soci Istruttori"**

**- Acconsento 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/nome..... Regione ..... Città .....Prov.....

Tel./cell .....email.....

Sito web .....

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma per accettazione** \_\_\_\_\_

**- 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.**