

DOMANDA DI ISCRIZIONE

SEZIONE A - DATI OBBLIGATORI

Nome: _____ Cognome: _____

Codice fiscale: _____ Titolo di studio: * _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

Indirizzo: _____

CAP: _____ Comune: _____ Provincia: _____

Tel: _____ Cell: _____ E-mail: _____

Si chiede di allegare al presente modulo una fototessera o foto in formato digitale

Nome della scuola/e di provenienza: _____

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

(*) Diploma obbligatorio solo per i nati dopo il 1995.

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 ORDINARIO (EOO)

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	Operatore Ordinario			Iscrizione nel mese di	Mesi	Operatore Ordinario
<input type="checkbox"/>	gennaio	12	130,00	<input type="checkbox"/>	luglio	06	65,00	
<input type="checkbox"/>	febbraio	11	119,00	<input type="checkbox"/>	agosto	05	54,00	
<input type="checkbox"/>	marzo	10	108,00	<input type="checkbox"/>	settembre	04	43,00	
<input type="checkbox"/>	aprile	09	98,00	<input type="checkbox"/>	ottobre	03	32,00	
<input type="checkbox"/>	maggio	08	87,00	<input type="checkbox"/>	novembre	02	22,00	
<input type="checkbox"/>	giugno	07	76,00	<input type="checkbox"/>	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 e compilarlo in **stampatello** fornendo **tutte** le informazioni richieste.
2. Effettuare il versamento della quota associativa su c/c bancario Iban **IT9600311101623000000001808** presso UBI BANCA.
3. Inviare la domanda di iscrizione, completa dell'attestato di fine corso e della copia del bonifico, attraverso una delle seguenti modalità:
 - al numero di fax n° **02.29525590**;
 - tramite mail all'indirizzo info@shiatsuapos.com;
 - posta ordinaria all'indirizzo APOS - Via Vitruvio 35 - 20124 Milano

A4 - Informazioni ed avvertenze

In applicazione dello Statuto e del Regolamento:

- in caso di mancato versamento della quota associativa annuale entro il 31/12, e in assenza di formali dimissioni comunicate in forma scritta, l'operatore mantiene la propria qualità di associato senza però fruire delle coperture assicurative (che per loro natura sono riferite ad un periodo ben preciso e sono legate al versamento del relativo premio) e dell'abbonamento alla rivista;
- se entro il 30/03 viene versata la quota associativa annuale intera, l'Associato torna a fruire di tutti i diritti dal giorno successivo a quello in cui era scaduta la quota associativa e fino al 31/12 dell'anno di rinnovo.
- in caso di mancato pagamento della quota associativa entro il 30/3 si procederà, attraverso apposita delibera del Consiglio Direttivo, a dichiarare l'Associato receduto;
- se, successivamente alla dichiarazione di Associato receduto, l'operatore intende riassociarsi, dovrà seguire la procedura come nuovo Associato Ordinario con compilazione di un nuovo modulo d'iscrizione.
- Per poter richiedere l'iscrizione nella categoria di Operatore Aggiornato o Attestato ai sensi della L. 4/2013, l'operatore Ordinario dovrà frequentare con esito positivo un seminario di aggiornamento e valutazione da parte di APOS.
- Con la firma della presente domanda autocertifico che la mia formazione teorico/pratica ha superato le 800 ore, di cui almeno 500 frontali.

Ai sensi della Legge 4/2013, l'Associazione rende disponibile nel proprio sito internet: www.shiatsuapos.com Statuto, Regolamento, Codice Deontologico o di Condotta.

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

A5 - Privacy

INFORMATIVA ART. 13 D.Lgs. 196/2003 "Tutela dei dati personali".

In conformità all'art. 13 del D.Lgs. 196/03, La informiamo che i dati raccolti con la compilazione del presente modulo, saranno utilizzati da APOS Associazione Professionale Operatori e Insegnanti Shiatsu, nonché per finalità di tipo statistico e obblighi derivanti dalla legge. Il trattamento dei predetti dati personali avviene mediante strumenti manuali e con strumenti informatici, comunque idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. In occasione di eventi e congressi, i dati da Lei conferiti saranno comunicati a Organismi di vigilanza per obblighi di legge e, ad eventuali hotel per le prenotazioni da Lei richieste dei pernottamenti, organizzate da APOS. Il mancato conferimento dei dati richiesti, potrebbe rendere impossibile la gestione dei rapporti tra Lei e l'Associazione e la redazione di statistiche necessarie per il costante miglioramento dei servizi erogati. La informiamo inoltre che ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03, Lei ha diritto di conoscere, aggiornare, rettificare, cancellare tutti i suoi dati, e di esercitare tutti i restanti diritti previsti dal sopra citato articolo, mediante comunicazione scritta al Titolare del trattamento dati, APOS **Associazione Professionale Operatori e Insegnanti Shiatsu**, con sede in Milano, via Vitruvio 35, 20124. Acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità e nei termini indicati nella presente informativa.

Luogo e Data _____

Firma per accettazione _____