

DOMANDA DI ISCRIZIONE REGISTRO DOCENTI

Il sottoscritto/a NomeCognome.....

nato/a ila

Residente a via

Cap..... Provincia di Codice Fiscale.....

tel.....cell.....

E-mail

DICHIARA

di aver letto lo statuto sociale, carta dei valori e il codice di condotta e di accettarli incondizionatamente in ogni sua parte e

CHIEDE

di essere iscritto al Registro Docenti AssoOLISTICA

per la/e seguente/i disciplina/e.....

.....

ed allega quanto segue:

- Curriculum vitae debitamente firmato
- Fotocopia documento di identità fronte/retro in corso di validità
- Copia attestati di frequenza/partecipazione/formazione rilasciato dalle Scuole di provenienza”

- Ricevuta del versamento della quota annuale di adesione effettuato tramite bonifico bancario a BCC Abruzzese Cappelle sul Tavo - Filiale di Cepagatti
Coordinata IBAN= IT04P0843477240000000002941
intestato a "AssoOLISTICA- Associazione Olistica Professionale”

Data

Firma

Dichiaro di avere ricevuto le informazioni di cui all’art. 13 del D.lgs. 196/2003 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla legge ex art. 7 D.lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale.

Firma per consenso

Il presente modulo, firmato, va inviato a assoolistica@gmail.com con i relativi allegati.