

DOMANDA DI ISCRIZIONE REGISTRO PROFESSIONISTI

per coloro che non hanno frequentato un corso professionale riconosciuto AssoOLISTICA

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

la valutazione del percorso formativo per l'iscrizione al Registro Professionisti AssoOLISTICA

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

.....

allega quanto segue:

- Curriculum vitae debitamente compilato e firmato
- Fotocopia documento di identità fronte/retro in corso di validità
- Copia attestato di frequenza/partecipazione/formazione rilasciato dalla Scuola di provenienza
- Programma dettagliato del corso frequentato
- Documento sintetico attestante il tipo di formazione svolta (numero di ore, tipo di formazione, caratteristiche, metodo, docenti, data, esperienze professionali e in allegato i certificati e i documenti richiesti.)

Data

Firma

Dichiaro di avere ricevuto le informazioni di cui al Regolamento Comunitario 679/2016 e al D. Lgs. 101//2018 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.