

Domanda d'ammissione

Da compilarsi in stampatello in modo leggibile

Nome Cognome

Indirizzo.....C.A.P.CittàProvincia

Tel. Cell. Fax

E-mail

Codice Fiscale:

Federazione/Associazione affiliata FEDERSHIATSU ITALIA

Discipline praticate: SHIATSU

L'iscrizione all'APOS e DBN dà diritto ed è comprensiva di:

- a) **Coperture Assicurative: RCT – INFORTUNI – TUTELA GIUDIZIARIA**
Le coperture sono operative a condizione di essere residenti in Italia
- b) **Abbonamento di € 15 alla Rivista**

L'iscrizione all'APOS e DBN vale un anno dalla data d'iscrizione

Mi iscrivo come Socio Professionale Affiliato:

Quota annuale.....€ 80,00 Firma.....

Mi iscrivo come Studente/Praticante aspirante Socio:

Quota annuale.....€ 50,00 Firma.....

Trattamento riservato dei dati:

Acconsoento all'invio al mio indirizzo della rivista e delle comunicazioni da parte dell'Associazione

Firma.....

Date delle tessere e coperture assicurative

-) Le quote versate presso la vostra Associazione/Federazione fra l'8 e il 22 del mese x, dovranno essere versate ad APOS e DBN entro il 25 dello stesso mese; le tessere e le relative Coperture Assicurative avranno efficacia **dall'1 del mese successivo (x+1)**.

-) Le quote versate presso la vostra Associazione/Federazione fra il 23 del mese x e il 7 del mese successivo (x+1) dovranno essere versate ad APOS e DBN entro il 10 dello stesso mese x+1; le tessere e le relative Coperture Assicurative avranno efficacia dal **giorno 15 del mese x+1**.

Firma.....

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 A.P.O.S. e D.B.N. Associazione Professionale Operatori Shiatsu e Discipline Bio-Naturali, 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 A.P.O.S. e D.B.N. 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, A.P.O.S. e D.B.N. **Associazione Professionale Operatori Shiatsu e Discipline Bio-Naturali**, con sede in via Vitruvio 35, 20124 Milano. Acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità e nei termini indicati nella presente informativa.

Acconsento all'invio al mio indirizzo della rivista e delle comunicazioni da parte dell'Associazione.

Data.....

Firma.....

Per informazioni e segnalazione sinistri:

Segreteria APOS e DBN

tel. 02/29.53.21.82 - fax.02/29.52.55.90 - e-mail shiatsuapos@tin.it

MOD 38 Domanda d'ammissione Socio Professionale Affiliato - Studente / Praticante aspirante Socio D.B.N. PAG. 1/1 REV. 06-06-2009	Controllato RAQ	Approvato PRE
--	-----------------	---------------