

MODULO DI ISCRIZIONE

LA/IL SOTTOSCRITTO

COGNOME E NOME _____

NATO A _____ IL _____ C.F. _____

RESIDENTE A città _____ prov _____

indirizzo _____ cap _____

mail: _____ tel _____

TITOLO DI STUDIO: _____

FORMAZIONE PROFESSIONALE: _____

ISTITUTO PRESSO IL QUALE HA CONSEGUITO LA SUA FORMAZIONE PROFESSIONALE:

DISCIPLINA DI VERTICE: **ARTE TERAPEUTA** Altre competenze _____

ESPERIENZE PROFESSIONALI: _____

dal: _____ presso: _____

dal: _____ presso: _____

(curriculum allegato)

RICHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL'APISAT in qualità di SOCIO _____ ai sensi dell'art. 7 dello Statuto (ordinario professionista, ordinario formatore, ordinario supervisore), condividendone le finalità e avendone preso visione dello Statuto in ogni sua parte .

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, APISAT i suoi dati personali forniti all'atto della compilazione del modulo di iscrizione saranno trattati da APISAT, in qualità di titolare degli stessi, per finalità di gestione amministrativa e operativa connesse al perseguimento dei suoi scopi istituzionali, e potranno essere comunicati ad altri soggetti incaricati preposti alla gestione ed all'amministrazione dell'associazione. Il trattamento dei dati è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza nel rispetto delle modalità indicate dal "Codice in materia di protezione dei dati personali".

autorizzo non autorizzo al trattamento dei miei dati personali _____

autorizzo non autorizzo a pubblicare sul sito APISAT i miei dati personali _____

Segreteria APISAT, sedi di Roma, Lecce e Cagliari

Via Costantino Morin, 24 00195 Roma – mail: infoapisat@gmail.com