



# FEDOLISTICA

ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA PROFESSIONALE

## DOMANDA D'ISCRIZIONE

lo sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

domiciliato in (da compilare in caso domicilio e residenza siano diversi)

\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Documento d'identità \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

richiedo l'iscrizione in qualità di socio all'associazione di categoria FEDOLISTICA come

operatore olistico

base

professional

supervisor

In allegato i seguenti documenti pdf, png o jpg:

- domanda d'iscrizione firmata
- curriculum vitae **europeo** con data e **firma (unico file)**
- auto dichiarazione di esenzione da carichi pendenti
- modulo assicurazione
- modulo privacy

Ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole che le dichiarazioni false comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art 76 del DPR 445/2000, dichiaro che le informazioni riportate nel presente documento, corrispondono a verità.

Autorizzo inoltre il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 2016/679 e art 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196 e s.m.i.

Con la presente inoltre aderisco integralmente al Regolamento Deontologico dell'Associazione che ho visionato e approvato.

Data \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

firma leggibile