



www.shiatsupalombini.it - info@shiatsupalombini.it - tel: 06 36 00 34 38 - fax: 06/ 32 01 822

MODULO D'ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE ITALIANA SHIATSU

Al Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana Shiatsu

Uffici Via G.P. da Palestrina, 41/43

00193 - Roma

Il/la sottoscritt _____ .nat__ a _____ il _____,

CHIEDE

di assumere la qualifica di associato dell'Associazione Italiana Shiatsu con sede in Roma.

All'uopo dichiara di (barrare la lettera corrispondente al requisito):

a) essere in possesso del diploma di Operatore Shiatsu conseguito presso la Scuola Italiana di Shiatsu Palombini, in data _____ che allega in copia alla presente;

b) di essere allievo della Scuola Italiana Shiatsu Palombini sede di _____ - iscritto al corso _____ anno d'iscrizione _____;

c) di essere in possesso del diploma di Operatore Shiatsu conseguito presso altra scuola:

nome della scuola _____ sede _____

corso frequentato _____ titolo di studio conseguito _____ anno di rilascio dell'attestato _____

allega in copia il titolo di studio indicato ed il programma didattico del corso frequentato ovvero certificazione idonea rilasciata dalla scuola di provenienza attestante il percorso formativo eseguito;

d) essere allievo presso altra scuola:

nome della scuola _____ sede _____

corso frequentato _____ durata del corso _____ titolo di studio da conseguire _____

allega in copia il programma didattico del corso sopraindicato ovvero certificazione idonea rilasciata dalla scuola di appartenenza attestante il percorso formativo da espletare;

Dichiara altresì di aver visionato e accettato lo Statuto dell'Associazione Italiana Shiatsu del 24 giugno 2005 (nuova stesura).

Indirizzo _____

CAP _____

Città _____

Recapito Telefonico _____

E-mail _____

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Autorizzo l'Associazione Italiana Shiatsu ad utilizzare i dati personali da me forniti, per comunicazioni e attività amministrative e non, attinenti l'attività associativa (D.lgs. 196/03 'Codice in materia di protezione dei dati personali' recante disposizioni a tutela della riservatezza nel trattamento dei dati personali).

Data _____

Firma _____