

Al Consiglio Direttivo

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ESAME  
PER L'ISCRIZIONE ALL'ELENCO PROFESSIONALE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

n° tel. e-mail \_\_\_\_\_

**Chiedo di essere ammesso alla sessione di esame in data** \_\_\_\_\_

per sostenere le seguenti prove:

- colloquio preliminare
- esame teorico-pratico
- ripetizione prova pratica
- ripetizione prova teorica

**Allego alla domanda i seguenti documenti (solo scannerizzazioni, non foto):**

- Fotocopia attestato di formazione
- Fotocopia fronte/retro di un documento d'identità
- Fotocopia Codice Fiscale
- Curriculum vitae formato europeo datato e firmato
- copia del versamento di 50 € per quota iscrizione esame

**Dichiaro di accettare le seguenti modalità dell'esame:**

- Prova pratica composta da un trattamento di circa trenta minuti a scelta del candidato. Potrà essere richiesta un'ulteriore prova di circa dieci minuti a discrezione della Commissione Esaminatrice.
- Prova orale con due possibilità: discussione di una tesi presentata dal candidato ovvero domande di carattere generale a partire dal trattamento effettuato (shiatsu, medicina tradizionale cinese, anatomia).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Coordinamento Operatori Shiatsu – Cod.Fiscale 91208420371 –  
Sede legale: c/o Castellaccio – Via Teodorico, 15 – 47921 Rimini  
Segreteria: c/o Rosa-Rizzotto - Via Gorizia, 26 – 33080 Castions di Zoppola (PN)  
Tel. 334 – 2447784 mail. info@shiatsucos.com

Aggiornamento 11 maggio 2021

**INFORMATIVA EX ART. 13 GDPR 2016/679**

l'Associazione tratterà i Suoi dati personali, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679, esclusivamente per le finalità sociali contenute nello Statuto e regolamenti dell'Associazione C.O.S. per la gestione del rapporto associativo, ed in particolare per:

- *la corrispondenza e rintracciabilità dei soci, la convocazione alle assemblee*
- *il pagamento delle quote associative*
- *l'adempimento degli obblighi di legge*
- *l'invio del notiziario dell'associazione*

I trattamenti dei dati saranno svolti e i dati conservati da incaricati autorizzati, in forma cartacea e informatica.

I dati non saranno comunicati a terzi né saranno diffusi.

L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, telefono e mail è necessaria per la gestione del rapporto associativo e per l'adempimento degli obblighi di legge. Il conferimento degli altri dati è facoltativo.

I dati collezionati saranno custoditi presso la sede dell'Associazione dal responsabile, Signor Franco Castellaccio

**Diritti dell'interessato.** Nella qualità di interessato, Le sono garantiti tutti i diritti specificati all'art. 15 GDPR, tra cui il diritto all'accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati, di revocare il consenso (ove prestato) al trattamento (senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca), di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali. L'esercizio dei diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare alla mail [info@shiatsucos.com](mailto:info@shiatsucos.com) o mediante lettera raccomandata a/r presso la sede dell'Associazione.

**Durata della conservazione dei dati:** i dati saranno conservati per la durata dell'affiliazione all'Associazione

**Titolare del trattamento** C.O.S. Coordinamento Operatori Shiatsu - Via Gorizia, 26 Castions di Zoppola (PN)

**Luogo, data** \_\_\_\_\_ **Firma per accettazione** \_\_\_\_\_

**Do il consenso a ricevere il notiziario dell'Associazione all'indirizzo da me rilasciato. Potrò revocare tale consenso in ogni momento tramite comunicazione e-mail all'indirizzo: [info@shiatsucos.com](mailto:info@shiatsucos.com)**

**Luogo, data** \_\_\_\_\_ **Firma per accettazione** \_\_\_\_\_



Aggiornamento 11 maggio 2021

Al fine di pubblicizzare la mia appartenenza al C.O.S. e informare sulla mia attività relativa alla pratica dello Shiatsu, autorizzo il Coordinamento Operatori Shiatsu:

All' inserimento del mio nominativo su siti internet, in elenchi pubblici e su riviste o pubblicazioni cartacee.

Si  No

Alla pubblicazione della mia tesi d'esame.

Si  No

Alla pubblicazione di materiale fotografico e/o audiovisivo riguardante la mia immagine.

Si  No

Alla comunicazione a terzi dei miei dati identificativi e recapiti, in caso di richiesta telefonica.

Si  No

Potrò revocare in qualsiasi momento le autorizzazioni prestate, tramite comunicazione scritta alla segreteria del Coordinamento Operatori Shiatsu.

**Luogo, data** \_\_\_\_\_ **Firma per accettazione** \_\_\_\_\_

Coordinamento Operatori Shiatsu – Cod.Fiscale 91208420371 –  
Sede legale: c/o Castellaccio – Via Teodorico, 15 – 47921 Rimini  
Segreteria: c/o Rosa-Rizzotto - Via Gorizia, 26 – 33080 Castions di Zoppola (PN)  
Tel. 334 – 2447784 mail. info@shiatsucos.com

Aggiornamento 11 maggio 2021