

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ELENCO PROFESSIONALE DEL C.O.S.
COORDINAMENTO OPERATORI SHIATSU**

provenendo dall'Elenco Professionale degli Operatori Shiatsu _____
io sottoscritto/a _____

CHIEDO

al Consiglio Direttivo di essere iscritto/a al suddetto Elenco Professionale.

DICHIARO

di aver letto lo Statuto, il Regolamento ed il Codice Deontologico dell'associazione e prendo atto che per il mantenimento dell'iscrizione la stessa richiede:

- il pagamento della quota associativa di 150,00 euro, comprensiva del premio assicurativo, da versare entro il 31 marzo di ogni anno. Nel caso in cui la quota non fosse versata entro tale termine il socio perderà i diritti relativi all'elettorato attivo e passivo e tutti i diritti riservati ai soci attivi inclusa la copertura assicurativa e il diritto di presenza nell'Elenco dei Professionisti pubblicato sul sito, fino al versamento della quota.
- la partecipazione ad un convegno nazionale entro i primi due anni dall'iscrizione e successivamente la partecipazione a seminari di aggiornamento validati dal C.O.S (aggiornamento che vale 1 anno) oppure ai convegni C.O.S. (aggiornamento che vale 2 anni)
- che il socio si impegni a comunicare per iscritto qualsiasi variazione dei dati forniti nella presente domanda di iscrizione.

Nome e Cognome

Nato/a ail

Residente aCAP

Indirizzo

Telefono

E-mail

Codice Fiscale

Allego:

- Fotocopia attestato di formazione shiatsu
- Fotocopia fronte/retro documento d'identità
- Fotocopia codice fiscale
- Curriculum vitae formato europeo datato e firmato
- Fotocopia attestato di iscrizione ad altro Elenco Professionale
- Copia del pagamento della quota associativa

Data e firma

Parte riservata alla segreteria

Il Consiglio Direttivo

accetta/respinge

la richiesta in data _____

e iscrive il socio/a _____

al n. _____ dell'associazione.

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 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

Luogo, data _____ **Firma per accettazione** _____



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