

**DOMANDA DI ISCRIZIONE
(CORSI LIBERI A CARATTERE PRIVATO)
TIRRENIA (PI) – ESAME D.O.**

DATI ANAGRAFICI

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Residenza in _____

Via _____ n° _____ Cellulare _____ Fax _____

E-mail _____ Codice Fiscale / P. I.V.A _____ / _____

DIPLOMA DI OSTEOPATIA CONSEGUITO PRESSO _____

IN DATA _____ LAUREA PREGRESSA _____

CONSEGUITA PRESSO _____ IN DATA _____

Io sottoscritto/a _____, dichiaro:

DI VOLERMI ISCRIVERE ALL'ESAME PER IL RILASCIO DELLA QUALIFICA DI **D.O.** CHE SI TERRÀ PRESSO IL GRAND HOTEL GOLF, IN VIA DELL'EDERA 29 A TIRRENIA (PI) NEI GIORNI _____.

DOCUMENTI DA PRESENTARE IL GIORNO DELL'ESAME:

- DOCUMENTO DI IDENTITÀ E CODICE FISCALE;
- LIBRETTO ESAMI SOSTENUTI.
- DIPLOMA DI OSTEOPATA RILASCIATO DALL'ASSOCIAZIONE SOFI O EQUIVALENTE;
- COPIA TITOLO DI STUDIO PREGRESSO O ATTESTATO SOSTITUTIVO ORIGINALE;

FIRMA LEGGIBILE DELLO STUDENTE _____

TIMBRO E FIRMA DELL'ASSOCIAZIONE S.O.F.I. _____

DATA _____

INDICAZIONI:

- LA DOMANDA DI ISCRIZIONE VA INOLTRATA VIA MAIL A: amministrazione@sofi-osteopatia.it
- **COSTO DELL'ESAME € 390,00 (COMPRESIVO DI QUOTA ASSOCIATIVA DI € 40,00) DA PAGARSI IN UNICA SOLUZIONE ENTRO E NON OLTRE 20 GIORNI DALLA DATA DI ESAME.**
- BONIFICO DA EFFETTUARSI PRESSO CHIANTI BANCA: FILIALE DI SIENA - IBAN: IT 53 I 08673 14201 000000052645
CAUSALE: **ISCRIZIONE ESAME D.O. ANNO DIDATTICO** _____

Associazione S.O.F.I. – Scuola di Osteopatia Franco Italiana

Sede Legale: Via Macerata 43 – 56021 Cascina (PI)
SEGRETERIA +39 345 7447717 – DIR. DIDATTICO +39 339 3041305
c.f. 92062810525 – p.iva 01382320529
e-mail segreteria@sofi-osteopatia.it - PEC osteopatiasofi@pec.it

DICHIARAZIONE DI MANLEVA ALL'ATTIVITA' DI DIDATTICA PRATICA

Io sottoscritto/a _____

- Dichiaro SOTTO LA MIA RESPONSABILITA' di non essere affetto da patologie controindicanti il trattamento osteopatico (a titolo esemplificativo E NON ESAUSTIVO: patologie del rachide, patologie tumorali, protesi, cardiopatie, incidenti recenti, patologie a carico del labirinto, fratture in fase di consolidazione).
- Dichiaro SOTTO LA MIA RESPONSABILITA' di non essere in STATO DI GRAVIDANZA. Autorizzo, quindi, ai fini di pratica e didattica il docente, gli assistenti e i colleghi a eseguire su di me manovre utili all'apprendimento della disciplina osteopatica.
- Dichiaro inoltre sotto la mia personale responsabilità di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare alla segreteria, CON TEMPESTIVITA' ogni ed eventuale variazione dello stato di salute che possa interferire con la didattica pratica.
- Dichiaro di essere consapevole che ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione precedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'art. 13 GDPR 679/16

Il/I sottoscritto/i _____ dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e dell'art. 13 GDPR 679/2016 ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali con particolare riguardo a quelli cosiddetti particolari nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa. In particolare, per le finalità specificate di seguito i dati dell'utente saranno trattati SOLO su specifica accettazione del consenso:

- Presto il mio consenso all'invio di comunicazione notizie di tipo commerciale
 - SI NO : tramite SMS (messaggi di testo sul cellulare)
 - SI NO : tramite e-mail
 - SI NO : per rendere informazioni riguardo a nostre possibili attività promozionali
- presta il suo consenso per le analisi statistiche, anonime aggregate
 - Do il consenso Nego il consenso

Data _____

Firma _____