UNIVERSITÀ POPOLARE S.O.F.I. ETS APS
SCUOLA OLISTICO FRANCO-ITALIANA

FORMAZIONE AVANZATA IN OSTEOPATIA
CORSI POST GRADUATE

TITOLO DEL CORSO

* **DATA CORSO**

*

Si prega di compilare in STAMPATELLO e con chiara calligrafia. I CAMPI contrassegnati dall' * sono obligatori

DATI PERSONALI			DATI AMMINISTRATIVI La Fattura dovrà essere intestata a:		
* Cognome e Nome			* Cognome e Nome / Ragione Sociale		
* Via Abitazione		* N°	* Via Sede Legale		* N°
* CAP	* Città	* Prov.	* CAP	* Città	* Prov.
* Cellulare	* Telefono Abitazione		* CODICE FISCALE		
* email			* PARTITA IVA		
* Codice Fiscale					
* PROFESSIONE			* ULTIMO TITOLO CONSEGUITO		

INFORMAZIONI E CLAUSOLE CONTRATTUALI

SEDE DEL CORSO: Tirrenia (PI) presso Grand Hotel Golf - Via dell'Edera, 29

ISCRIZIONE E PAGAMENTO: Per partecipare al Corso Post Graduate è necessario inviare la presente scheda di iscrizione, debitamente compilata e firmata, al seguente indirizzo mail amministrazione@sofi-academy.it, entro e non oltre 15 giorni dall'inizio del corso, assieme alla copia del Bonifico di pagamento.
In caso di mancato pagamento, l'iscrizione non sarà ritenuta valida.

DATI BANCARI: Da intestare a: UP SOFI APS ETS
Bonifico da effettuarsi presso CHIANTI BANCA - Iban: IT04C0867314000000000927706
causale: **Titolo del Corso Post Graduate + nome/cognome partecipante**

RECESSO: In caso di disdetta, essa dovrà pervenire entro 10 giorni dall'inizio del corso. Dopo tale data non sarà possibile rimborsare l'importo versato.

IL SOTTOSCRITTO, ACQUISITE LE INFORMAZIONI RESE AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003 E DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/2016, PRESTA IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

/ /
DATA

FIRMA per accettazione (con timbro se azienda/ente)

UNIVERSITÀ POPOLARE S.O.F.I. ETS APS
SCUOLA OLISTICO FRANCO-ITALIANA

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 procedente 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 _____