

Sfera Benessere

Domanda iscrizione riservata ai soli Soci Operatori

IL SOTTOSCRITTO / A

[COGNOME] [NOME]

NATO A PROV. Di IL

RESIDENTE IN CAP VIA

TELEFONO CODICE FISCALE

TITOLO DI STUDIO

ATTIVITÀ EFFETTIVAMENTE ESERCITATA

CON STUDIO IN VIA

TEL. FAX E-MAIL

Diplomato in presso.....

RICHIEDE: L'ISCRIZIONE ALL' ASSOCIAZIONE Sfera Benessere Come O.D.B

ALLEGA ALLA DOMANDA **DOCUMENTI COMPROVANTI LA COMPETENZA TECNICA** (fotocopie attestati, diplomi conseguiti) e Curriculum Professionale Eventuale iscrizione ad Ordini Professionali, Registri

RICHIEDE: L'ISCRIZIONE AL COLLEGIO – Registro O.D.B NELLE SEGUENTI CATEGORIE E SPECIALITÀ':

Categoria: O.D.B. - Specialità N° 1:

Specialità N° 2 **Specialità N° 3**

RICHIEDE **NON RICHIEDE** L' ISCRIZIONE IN ELENCO Sfera Benessere Con il proprio nome

Con il nome del Centro/Studio: _____ Con il seguente NICK _____

N. Tel da indicare _____ Eventuale Sito da linkare _____

DICHIARA:

Di essere a conoscenza dello Statuto Sociale, del Codice Deontologico, del Codice Disciplinare, di Sfera Benessere di cui accetta in toto il contenuto e di assumersi pertanto completa e totale responsabilità per eventuali comportamenti o iniziative compiute a carattere personale che contravvengano ai dettami delle citate norme.

DICHIARA CONTESTUALMENTE

Di aver preso visione della pagina contenente la politica di protezione dati pubblicata sul sito Sfera Benessere alla pag.: "politica protezione dati" accettandone i contenuti con particolare riferimento al trattamento dei dati personali specificamente per quelli evidentemente necessari alla compilazione dell'intera modulistica necessaria per l'iscrizione all'Associazione e al Registro e alla fornitura dei servizi previsti compresa la pubblicazione negli elenchi del sito: www.sferabenessere.org quali: nome cognome indirizzo, sede, sito, eventuale foto e/o indicazione sito personale e recapiti.

DICHIARA: Di aver ricevuto le seguenti Tessere

dalla n. _____ alla n. _____ e dalla n. _____ alla n. _____

LETTO, ACCETTATO E SOTTOSCRITTO.

IL (FIRMA)

Tessera rilasciata n. _____

Codice Consulente _____ sigla _____

Note:

1. la presente domanda è sottoposta al vaglio della Commissione scientifica di Sfera Benessere che valuterà sulla base della provenienza delle attestazioni l'iscrizione al Registro, e all'Associazione Sfera Benessere ovvero la necessità di uno stage integrativo con test finale di ammissione.