

DOMANDA DI ISCRIZIONE CORSI LIBERI A CARATTERE PRIVATO TIRRENIA (PI) - TEMPO PIENO T1

DATI ANAGRAFICI

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Residenza in _____

Via _____ n° _____ Cellulare _____ Fax _____

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

TITOLO DI STUDIO _____ CONSEGUITO PRESSO _____

IN DATA _____ PROFESSIONE _____

Io sottoscritto/a _____, dichiaro:

Di non essere iscritto in altra Scuola;

ALLEGATI

- Dichiarazione di manleva all'attività di didattica pratica;
- Informativa Privacy;
- Copia Bonifico primo pagamento.

Firma leggibile dello studente _____

Timbro e firma dell'Associazione S.O.F.I. _____

Indicazioni:

I documenti prodotti **vanno inoltrati per via postale ordinaria** al seguente indirizzo: Dott. Stefano Brunetti - Via Clitunno 45 - 00198 Roma e, eventualmente, anticipati via mail a: amministrazione@sofi-osteopatia.it

Indicazioni:

- Eventuali integrazioni di dati saranno richieste dalla segreteria al ricevimento della domanda.
- **Costo del corso € 8.140,00, comprensivo di quota associativa annuale di € 40,00 da pagarsi in 9 rate durante l'anno didattico: 1° rata € 940,00 all'iscrizione, 2° rata € 900,00 il 05/10, 3° rata € 900,00 il 05/11, 4° rata € 900,00 il 05/12, 5° rata € 900,00 il 05/01, 6° rata € 900,00 il 05/02, 7° rata € 900,00 il 05/03, 8° rata € 900,00 il 05/04, 9° rata € 900,00 il 05/05.**
- Bonifico da effettuarsi presso CHIANTI BANCA- Filiale di Siena, Iban: IT5310867314201000000052645 causale: **Iscrizione SOFI Anno Accademico _____ - T1 Full Time.**
- Per quanto non previsto la SOFI si riferisce al **REGOLAMENTO DEL CORSO DI OSTEOPATIA T1 FULL TIME PUBBLICATO SUL PROPRIO SITO INTERNET**

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 messaggi di testo sul cellulare
 - **SI** **NO** : tramite e-mail
 - **SI** **NO** : per rendere informazioni riguardo a nostre possibili attività promozionali
- Presto il mio consenso per le analisi statistiche, anonime aggregate
 - Do il consenso
 - Nego il consenso

Data _____

Firma _____