



# Ass. La Casa del Glicine- Centro studi Medicine Integrate

Promotrice del Collegio Ele.Na 'Elenco Naturopati' ai sensi della legge n. 4 del 14 gennaio 2013 in materia di libere professioni  
Via Dei Tintori, 23 Prato - c.f. 92056050484  
naturopatiaelena@gmail.com www.naturopatia-e.com/elena.html  
tel. 347 3824864



## DOMANDA D'ISCRIZIONE ALL'ELENCO PROFESSIONALE Ele.Na.

Nome: ..... Cognome: .....  
Data di nascita: ..... Indirizzo: .....  
CAP: ..... Città: ..... Provincia: .....  
Tel: ..... cell: ..... fax: .....  
e-mail: ..... sito web: .....  
C.F. ....

MI ASSOCIO ALL'ASSOCIAZIONE RICHIEDENDO L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO Ele.Na ,  
NELLA SOTTOCATEGORIA ..... SECONDO LA SEGUENTE MODALITA':

**Quota € 150 annui (dal 1° settembre al 30 settembre dell'anno successivo) comprende la copertura assicurativa ed un w.e. di aggiornamento professionale con date stabilite dall'Elenco Professionale**

**Quota € 75 ½ anno (dal 1° giugno al 30 settembre dell'anno in corso) comprende la copertura assicurativa ed eventualmente un w.e. di aggiornamento professionale se programmato nella seconda metà dell'anno**

Data ..... Firma .....

### Curriculum:

Nome della scuola frequentata: ..... Città: .....

Corsi di approfondimento portati a termine:

- ..... ore di corso ..... ora di pratica extracorso ..... terminato m/a .....
- ..... ore di corso ..... ora di pratica extracorso ..... terminato m/a .....
- ..... ore di corso ..... ora di pratica extracorso ..... terminato m/a .....
- ..... ore di corso ..... ora di pratica extracorso ..... terminato m/a .....
- Altri corsi, altre esperienze .....

Altro materiale allegato alla presente domanda al fine del riconoscimento della presente domanda di iscrizione all'elenco professionale

Si chiede di allegare copia di diplomi, attestati, etc

#### Come Pratico

- Tempo pieno
- part time (come altra attività)
- a livello amatoriale (gratis)

#### Tipo di rapporto

- autonomo, sono in possesso di P.IVA  no  si dal .....
- di collaborazione
- dipendente  altra forma

#### Dove pratico

- in casa propria
- presso il mio studio
- presso lo studio di altri
- presso un'associazione

- presso il domicilio del ricevente  con altri
- da solo  presso centro estetico
- presso un centro di benessere  presso un medico
- presso un centro di medicine naturali

#### TRATTAMENTO RISERVATO DEI DATI

- Acconto l'invio al mio indirizzo delle comunicazioni da parte dell'associazione

Firme di approvazione

.....

I DATI RICHIESTI DAL CENTRO STUDI MEDICINE INTEGRATE SONO RACCOLTI IN CONFORMITA' AL D.LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196  
I DATI RICHIESTI DAL CENTRO STUDI MEDICINE INTEGRATE SONO RACCOLTI IN CONFORMITA' AL D.LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196  
I DATI RICHIESTI DAL CENTRO STUDI MEDICINE INTEGRATE SONO RACCOLTI IN CONFORMITA' AL D.LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196

- acconsento l'inserimento del mio nome su siti internet e in elenchi/libretti .....
- acconsento che venga fornito il mio nome in caso di richiesta telefonica .....

Per iscriversi: stampare il modulo, compilarlo in stampatello fornendo tutte le informazioni richieste/ effettuare versamento a:  
La Casa del Glicine sul C/C: Cassa di risparmio di Firenze ABI 06160 CAB 02800 C/C 000114180C00  
**IBAN:** IT 04 V 06160 02800 000114180C00

~~**IMPORTANTE:** Allegare Causale iscrizione e inviare tramite posta prioritaria in via Dei Tintori, 23 Prato a: "La casa del glicine"~~