



# Ass.Prof. 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 e dell'Accademia di Naturopatia ANEA in linea con la Direttiva UNI 6/2013 Via Dei Tintori, 23 Prato - c.f. 92056050484 naturopatiaelena@gmail.com www.naturopatia-e.com/elena.html

tel. 3473824864



**CoLAP**

Coordinamento Libere Associazioni Professionali

## DOMANDA D'ISCRIZIONE alla Associazione come

**Socio sostenitore sez. Naturopatia**

Nome: ..... Cognome: .....

Data di nascita: ..... Indirizzo: .....

Cap: ..... Città: ..... Provincia: .....

Tel: ..... cell: ..... fax: .....

e-mail: ..... sito web: .....

EVENTUALE SCUOLA DI NATUROPATIA DI PROVENIENZA:

ANNO A. ....

### CHIEDO DI ISCRIVERMI SECONDO LA SEGUENTE MODALITA':

Quota € 25 annui (dal 1° settembre al 30 settembre) dell'anno successivo

Quota € 75 (dal 1° settembre al 30 settembre) comprendente una giornata di aggiornamento professionale

*L'iscrizione all'associazione comprende la copertura assicurativa nell'ambito delle attività associative non professionali*

Data .....

Firma .....

### Curriculum:

Nome della scuola in frequentazione: ..... Città: .....

Corsi di approfondimento – extrascolastici- 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 .....

Si chiede di allegare copia di diplomi, attestati, etc

#### Quanti w.e. di lezione seguo

##### Nella mia scuola

meno di 10 w.e. all'anno

da 11 a 14 w.e. all'anno

da 15 a 18 w.e. all'anno

..... w.e. all'anno

##### Tipo di occupazione attuale

autonomo, sono in possesso di P.IVA  no  si dal .....

di collaborazione

dipendente  altra forma .....

#### Dove faccio la mia pratica scolastica

in casa propria

presso il mio studio

presso lo studio di altri

presso un'associazione

#### Dove (se) faccio il mio tirocinio

presso il domicilio del ricevente

da solo

presso un centro di benessere

presso un centro di medicine naturali

con altri

presso centro estetico

presso un medico

#### TRATTAMENTO RISERVATO DEI DATI

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

- acconsento l'inserimento del mio nome su siti internet e in elenchi/libretti

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 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