



Sede Sociale Via dei Mille, 56 - 00185 Roma

Sede Amministrativa Via F. Turati, 18/20 - 84047 Capaccio-Paestum (SA)

Tel. 0828-871261 Fax 0828-870984 www.sinape-cisl.it e-mail info@sinape-cisl.it

## Scheda d'Iscrizione

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail/web \_\_\_\_\_

Chiede l'iscrizione al S.I.N.A.P.E. FeLSA - CISL in qualità di Operatore/Cultore/Ricercatore

<b>Medicine non Convenzionali</b>	<b>Tecniche Psicocorporee</b>	<b>Arti per la Salute</b>	
<input type="checkbox"/> Agopuntura <input type="checkbox"/> Antroposofica <input type="checkbox"/> Ayurveda <input type="checkbox"/> Fitoterapia <input type="checkbox"/> Medicina Tr. Cinese <input type="checkbox"/> Omeopatia <input type="checkbox"/> Omotossicologia <input type="checkbox"/> Medicina Tibetana  <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Bioenergetica <input type="checkbox"/> Core Energetica <input type="checkbox"/> Counselling <input type="checkbox"/> Gestalt <input type="checkbox"/> Ipnosi-PNL-CNV <input type="checkbox"/> Psicobiodramma <input type="checkbox"/> Rebirthing <input type="checkbox"/> Sofrologia  <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Aromoterapia <input type="checkbox"/> Chiropratica <input type="checkbox"/> Craniosacrale <input type="checkbox"/> Cristalloterapia <input type="checkbox"/> Cromoterapia <input type="checkbox"/> Estetologia <input type="checkbox"/> Floriterapia <input type="checkbox"/> Iridologia <input type="checkbox"/> Kinesiologia <input type="checkbox"/> Mass. Bioenergetico  <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Naturopatia <input type="checkbox"/> Pranic Healing <input type="checkbox"/> Pranopratica <input type="checkbox"/> Radiestesia <input type="checkbox"/> Riflessologia <input type="checkbox"/> Reiki <input type="checkbox"/> Shiatsu <input type="checkbox"/> Tui Na <input type="checkbox"/> Theta Healing <input type="checkbox"/> Yoga e Meditazione  <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

SPAZIO RISER. SEG. NAZ.: N° ISCR. _____ N° TESSERA _____ NOTE _____
---

**Quota Iscrizione 1° Anno € 260,00 - Rinnovo Annuale € 130,00**

L'iscrizione comprende : Inserimento nell'Elenco Professionale, Tessera Confederale CISL, Attestato di Iscrizione, Tessera Plastificata, partecipazione a tutte le Manifestazioni ed Eventi organizzati dal SINAPE-FeLSA-CISL, Servizi ASCESA e tutti i Servizi offerti dalla Confederazione.

**Bonifico Bancario IBAN IT 48 M 01030 76020 000063210858**

**intestato a SINAPE-FeLSA-CISL - Banca Monte dei Paschi di Siena Filiale di Agropoli (SA)**

### Consenso Informato :

ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003, e successive modificazioni, recante disposizioni a

**"Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"**

Io Sottoscritt (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere stata/o informata/o, ai sensi e per effetti degli artt. 7,8,9,10 e 13 del decreto Legs. n. 196/2003, e successive modificazioni, dal SINAPE-FeLSA-CISL, che i dati da me forniti, ovvero altrimenti acquisiti dal medesimo nell'ambito della propria attività, verranno inseriti nella banca dati ed archivio della Sede Amministrativa del Sindacato, in Capaccio (SA), Via F. Turati, n° civico 18/20; o eventualmente altre successive sedi, e saranno oggetto d'uso nel rispetto della normativa nazionale vigente.

Esprimo il mio consenso informato, ai sensi e per gli effetti degli artt. 23 del decreto Legs. n. 196/2003 e successive modificazioni, all'inserimento nella banca dati ed archivio del Sindacato menzionato ed al trattamento dei miei dati per le finalità proprie dello stesso.

Dichiaro altresì di essere stato informato che il SINAPE-FeLSA-CISL è autorizzato ad esercitare in Italia il ruolo di Sindacato Confederale di categoria.

Presto il mio consenso a che il trattamento dei miei dati personali possa avvenire anche in forma anonima (escludendo cioè i dati specifici per risalire alla mia persona), anche con modalità elettroniche e/o automatizzate, anche con finalità atte a collegare i dati stessi a quelli di altri soggetti, ad esempio per scopo statistico, in base a criteri qualitativi, quantitativi e temporali, ricorrenti o definibili di volta in volta, anche attraverso l'opera di altre società, aziende o enti.

Ho preso atto che i miei diritti, in relazione ai dati personali, sono elencati all'art. 7 del decreto Legs. n° 196/2003, riportato in allegato al presente consenso.

Li, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(per cortesia, per esteso, leggibile - grazie)