



**Sindacato Italiano NATuropatia
Pranoterapia Erboristeria
"Discipline Bio Naturali"**



Sede Sociale Via NIZZA, 53 - 00185 ROMA
Sede di Rappresentanza Via Augusto Romagnoli, 32 - 40137 Bologna
www.sinape-cisl.it m.veronesi@sinape-cisl.it Tel. e Fax 051 6238846 Cell. 338 9165104

SCHEDA D'ISCRIZIONE

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IN DATA _____

RESIDENTE A _____ PR _____ CAP _____

VIA _____ N° _____ TEL. _____ CELL. _____

E-MAIL _____ SITO WEB _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE AL SINAPE - FELSA - CISL IN QUALITÀ DI OPERATORE/CULTORE/RICERCATORE

Medicine non Convenzionali	Tecniche Psicocorporee	Arti per la Salute	
<input type="checkbox"/> AGOPUNTURA	<input type="checkbox"/> AVATAR	<input type="checkbox"/> AROMOTERAPIA	<input type="checkbox"/> OSTEOPATIA
<input type="checkbox"/> ANTROPOSOFICA	<input type="checkbox"/> BIOENERGETICA	<input type="checkbox"/> AURASOMA	<input type="checkbox"/> POSTUROLOGIA
<input type="checkbox"/> AYURVEDA	<input type="checkbox"/> CORE ENERGETICA	<input type="checkbox"/> CHIROPRACTICA	<input type="checkbox"/> PRANIC HEALING
<input type="checkbox"/> FITOTERAPIA	<input type="checkbox"/> COUNSELLING	<input type="checkbox"/> CRANIOSACRALE	<input type="checkbox"/> PRANOTERAPIA
<input type="checkbox"/> MEDICINA ALCHEMICA	<input type="checkbox"/> GESTALT	<input type="checkbox"/> CRISTALLOTERAPIA	<input type="checkbox"/> RADIESTESIA
<input type="checkbox"/> MEDICINA TIBETANA	<input type="checkbox"/> IPNOSI-PNL-CNV	<input type="checkbox"/> CROMOTERAPIA	<input type="checkbox"/> RIFLESSOLOGIA
<input type="checkbox"/> MEDICINA TR. CINESE	<input type="checkbox"/> PSICOBIDRAMMA	<input type="checkbox"/> DO-IN	<input type="checkbox"/> RADIONICA
<input type="checkbox"/> OMEOPATIA	<input type="checkbox"/> REBIRTHING	<input type="checkbox"/> ESTETOLOGIA	<input type="checkbox"/> REIKI
<input type="checkbox"/> OMOTOSSICOLOGIA	<input type="checkbox"/> SOFROLOGIA	<input type="checkbox"/> FELDENKRAIS	<input type="checkbox"/> ROLFING
_____	<input type="checkbox"/> TOMATIS	<input type="checkbox"/> FLORITERAPIA	<input type="checkbox"/> SHIATSU
_____	<input type="checkbox"/> TRAINING AUTOGENO	<input type="checkbox"/> GEMMOTERAPIA	<input type="checkbox"/> SPAGIRICA
_____	<input type="checkbox"/> VIVATION	<input type="checkbox"/> IDROTERAPIA	<input type="checkbox"/> TANTRA
_____	_____	<input type="checkbox"/> IRIDOLOGIA	<input type="checkbox"/> TUI NA
_____	_____	<input type="checkbox"/> KINESIOLOGIA	<input type="checkbox"/> TECNICHE VIBRAZ.
_____	_____	<input type="checkbox"/> MASS. BIOENERGETICO	<input type="checkbox"/> TRAGER
_____	_____	<input type="checkbox"/> MINERALOGRAMMA	<input type="checkbox"/> YOGA e MEDITAZIONE
_____	_____	<input type="checkbox"/> NATUROPATIA	<input type="checkbox"/> ZILGREI

INFORMATIVA AI SENSI DELLA LEGGE 31 DICEMBRE 1996 N° 675

LA INFORMIAMO, AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA LEGGE 31 DICEMBRE 1996 N° 675, RECANTE DISPOSIZIONI A TUTELA DELLE PERSONE E D'ALTRI SOGGETTI RISPETTO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, CHE I DATI DA LEI FORNITI, POTRANNO FORMARE OGGETTO DI TRATTAMENTO, NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA SOPRA RICHIAMATA E DEGLI OBBLIGHI DI RISERVATEZZA CUI È ISPIRATA LA NOSTRA ATTIVITÀ. LA INFORMIAMO ALTRESÌ CHE IN RELAZIONE AI PREDETTI TRATTAMENTI LEI POTRÀ ESERCITARE I DIRITTI DI CUI ALL'ART. 13 DELLA L. 31.12.1996 N° 675.

RICEVUTA L'INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA LEGGE N° 675/96, E PRESO ATTO DELLA NECESSITÀ DEL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI, FUNZIONALI AL RAPPORTO INTERCORRENTE CON IL SINAPE-FELSA-CISL, CONSENTO AL LORO TRATTAMENTO NELLA MISURA NECESSARIA PER IL PERSEGUIMENTO DEGLI SCOPI STATUTARI.

Data _____ Firma _____

Scrivere qui di seguito l'indirizzo dove si desidera ricevere la posta se diverso da quello sopra indicato:

VIA _____ N° _____

LOCALITÀ _____ PR _____ CAP _____

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

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

Bonifico bancario a favore di: SINAPE-FELSA-CISL Emilia-Romagna, IBAN: IT 96 K 01030 02402 000001234166, Banca Monte dei Paschi di Siena Agenzia 2 Bologna.

L'iscrizione comprende: Tessera Confederale CISL, Attestato di Iscrizione con relative specializzazioni, Tessera Plastificata, partecipazione a tutte le Manifestazioni ed Eventi organizzati dal SINAPE-FELSA-CISL, e tutti i Servizi offerti dalla Confederazione.



Sindacato Italiano NATuropatia
Pranoterapia Erboristeria
"Discipline Bio Naturali"



Sede Sociale Via NIZZA, 53 - 00185 ROMA
Sede di Rappresentanza Via Augusto Romagnoli, 32 - 40137 Bologna
www.sinape-cisl.it m.veronesi@sinape-cisl.it Tel. e Fax 051 6238846 Cell. 338 9165104

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) _____

nat_ a _____ Prov. (_____), il ____ / ____ / ____

residente a _____ CAP _____ Prov. (_____)

in Via _____, n° _____

Tel./i (con prefisso/i) _____ Cell. _____

E-mail _____

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 Ponte Barizzo, n° civico.170; 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.

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 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)