



Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

domiciliato in (da compilare in caso domicilio e residenza siano diversi)

residente in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Documento d'identità \_\_\_\_\_

numero \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

richiedo l'iscrizione in qualità di socio all'associazione di categoria Naturfed come

Naturopata

base

professional

supervisor

In allegato i seguenti documenti **pdf, png o jpg**:

- domanda d'iscrizione firmata
- curriculum vitae **europeo** con data e **firma** (unico file)
- auto dichiarazione di esenzione da carichi pendenti
- modulo assicurazione (vedi modulo assicurazione **FED PRO**)
- modulo privacy
- versamento quota associativa di euro 60 a **Naturfed IBAN IT60Z0623002808000015107632**

Ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole che le dichiarazioni false comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art 76 del DPR 445/2000, dichiaro che le informazioni riportate nel presente documento, corrispondono a verità.

Autorizzo inoltre il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 2016/679 e art 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196 e s.m.i.

Con la presente inoltre aderisco integralmente al Regolamento Deontologico dell'Associazione che ho visionato e approvato.

Data \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ In fede \_\_\_\_\_

firma leggibile