Scopri chi sei e sorriderai a ciò che credevi di essere.

APEC ITALIA
ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE ESSERI CONSAPEVOLI

Fenoop EXECUTIVE TRAINING PROVIDER

Alla C.A. Consiglio Direttivo APEC

Socio n. _____

MODULO ISCRIZIONE - ANNO 2025

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Luogo e Data di nascita_____ Cod.Fiscale _____

Residenza via _____Città _____

Recapito Tel. _____ E-mail_____

Contatti Social: sito Web o Blog o Facebook o Instagram _____

*In qualità di Rappresentante Legale, Presidente dell'ASS./ENTE _____

Cod. Fiscale _____Partita iva_____

- ☐ Socio
- ☐ Socio sede periferica di _____ accettandone in ogni sua parte il vigente regolamento
- ☐ Socio tirocinante in formazione
- ☐ Associazione/Ente

E in qualità di Professionista chiedo la richiesta di iscrizione con la qualifica di:

- ☐ Operatore Olistico
- ☐ Operatore Olistico Massaggio Benessere
- ☐ Coach

Quota Associativa
☐ € 30,00 Socio ☐ € 30,00 Socio TIROCINANTE IN FORMAZIONE ☐ € 120,00 Associazione/Ente ☐ € 120,00 Socio PROFESSIONISTA (1° ISCRIZIONE) ☐ € 100,00 Socio PROFESSIONISTA (RINNOVO) ☐ € 30,00 Socio PROFESSIONISTA (ISCRIZIONE IN PIU' ELENCHI)

Assicurazione Professionale: (barrare l'opzione scelta):

☐ RC Professionale tramite Fenoop/APEC – costo aggiuntivo, oltre alla quota associativa di 129,00 € per il primo anno;
☐ RC professionale privata (allegare documentazione);
☐ non desidero stipulare nessuna assicurazione e mi assumo la totale responsabilità di tale scelta, sollevando l'Associazione APEC da qualsiasi responsabilità.

MODALITÁ DI PAGAMENTO

□ Bonifico IT23 X360 9201 6001 1087 2595 100 Banca Qonto intestato a APEC
□ Carta Qonto n. 5117680330852888 intestato a APEC
□ Contanti

Dichiaro di aver preso visione dei documenti ufficiali della composizione degli organi responsabili di A.P.E.C. di aver letto lo statuto sociale, carta dei valori, il codice di condotta, codice deontologico e regolamenti interni, di accettarli incondizionatamente e mi impegno a rispettarli.

Data e luogo _____**Firma** _____

Dichiaro di aver preso visione della "Informativa ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003" (Codice in materia di protezione dei dati personali) **e il Regolamento Europeo 2016/679** (Regolamento Generale in materia di trattamento dei dati personali). Concedo la mia autorizzazione ad utilizzare fotografie, materiale video e testimonianze relative alla mia partecipazione per qualsiasi legittimo utilizzo senza remunerazione
(vedi sito A.P.E.C. Italia www.apecitalia.org) e autorizzo A.P.E.C. al loro trattamento.
• La informo che i dati da Lei forniti (nome e cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, indirizzo postale e indirizzo e-mail) sono raccolti ai soli fini dello svolgimento delle attività istituzionali previste statutariamente nonché per adempiere agli obblighi di legge.
• I Suoi dati saranno trasferiti solo a consulenti fiscali, studi legali, studi notarili, altre società e fornitori. Saranno conservati per il tempo necessario richiesto dalle normative civilistico-fiscali.
• In qualunque momento Lei potrà chiedere per via postale o mail al Titolare del trattamento dei dati la verifica, modifica o la cancellazione dei suoi dati. La Sua richiesta sarà soddisfatta entro 15 giorni.
Qualunque motivo di insoddisfazione o protesta potrà essere da Lei riportato alla Autorità Garante per la protezione dei dati personali Piazza di Monte Citorio n. 121, 00186 Roma, tel. 06.696771, E-mail: garante@gdpr.it
Consapevole della responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, ATTESTA la VERIDICITÀ e l'ESATTEZZA dei dati sopra dichiarati che rispondono a verità.

Data e luogo _____ **Firma** _____

Alla domanda allegare i seguenti documenti:

1. CURRICULUM VITAE (DEBITAMENTE COMPILATO IN TUTTE LE PARTI) CON ATTESTATI DI PROVENIENZA
2. COPIA DEL DOCUMENTO IDENTITA' e CODICE FISCALE FRONTE/RETRO IN CORSO DI VALIDITA'
3. COPIA RICEVUTA PAGAMENTO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA

*Da compilare solo in caso di Rappresentante Legale / Presidente dell'associazione richiedente

** Nella Causale di versamento indicare:
- per Iscrizione/rinnovo SOCIO: ANNO DI ISCRIZIONE – COGNOME E NOME (es. 2024 – Bianchi Marco)
- per Iscrizione ASSOCIAZIONE/ACCADEMIA/SCUOLA: ANNO DI ISCRIZIONE – RAGIONE SOCIALE – NOME RESPONSABILE (es. 2024 – Bianchi Mario – Associazione La Farfalla)

Il presente modulo firmato con il materiale va inviato a apecitalia@gmail.com
In caso di pagamento tramite PostePay Evolution contattare la segreteria, mandare fotocopia della ricevuta di pagamento con nominativo e inserire i dati nell'iscrizione.