

DOMANDA D'ISCRIZIONE / RINNOVO ALLA ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOMOTRICISTI

Al Presidente della A.I.P.

La/ Il sottoscritto/a: Cognome ..... Nome .....

Nata/o..il ...../ ...../ ..... a .....

Indirizzo ..... Cap ..... Città ..... Prov. ....

Tel/Cellulare ..... E-mail .....

Cod.fiscale .....PIVA .....

Professione ..... Ente .....

Titolo di studio: ..... Anno: .....

Formazione in psicomotricità presso: ..... Anno: .....

Settore professionale (barrare uno o più):  Sanità;  Educazione;  Libera professione;  Volontariato.

Fa domanda, per l'anno ..... di (barrare una o più opzioni):

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Iscrizione: socio aderente                   | € 20.00  |
| <input type="checkbox"/> Iscrizione: socio ordinario                  | € 50.00  |
| <input type="checkbox"/> Rinnovo annuale: socio aderente              | € 20.00  |
| <input type="checkbox"/> Rinnovo annuale: socio ordinario             | € 50.00  |
| <input type="checkbox"/> Registro: iscrizione alla selezione c/o tesi | GRATUITO |
| <input type="checkbox"/> Registro: iscrizione alla selezione          | € 100.00 |
| <input type="checkbox"/> Registro: rinnovo annuale                    | € 40.00  |
| <input type="checkbox"/> Assicurazione professionale: polizza annuale | € 70.00  |

-----  
Importo totale: .....

e si impegna ad aderire agli scopi statutari A.I.P. ed a rispettarne lo statuto e i regolamenti.

Data ..... / ..... / ..... Firma .....

-----  
*Ai sensi della Legge 675/96 l'interessato da, per quanto occorrer possa, il proprio consenso all'archiviazione dei dati su riportati; si dichiara edotto che gli stessi saranno e potranno essere usati per fini di gestione e di comunicazione di notizie; che l'archiviazione dei dati identificativi personali obbligatoria per la legge e che ogni interessato ha diritto ad averne copia a sue spese; che vieta la diffusione dei propri dati e di avere il conseguente diritto di opporsi alla loro diffusione o comunicazione; infine che l'archiviazione sarà effettuata su supporto cartaceo che magnetico e che responsabile della conservazione della stessa è l'Associazione nella persona del Segretario, che ne curerà, direttamente o tramite suoi delegati, la protezione dei dati con chiavi meccaniche o elettroniche presso la sede designata. Ai sensi dell'art. 13.4 della legge citata, l'interessato fin d'ora delega l'Associazione per l'esercizio nei confronti di terzi, ivi compresi i soci dell'Associazione, dei diritti spettantegli ai sensi del primo comma dell'art. 13 della legge citata.*

Data ..... / ..... / ..... Firma .....

-----  
*Infine presta il proprio consenso alla comunicazione dei propri dati anagrafici a: Enti Territoriali, Ministeri, Università che ne facciano richiesta all'Associazione per l'inoltro di inviti, informazioni, ecc.; alla inclusion del proprio nome, indirizzo e numero telefonico negli elenchi dei soci iscritti nel Registro professionale con la specifica dei corsi di specializzazione e di aggiornamento ai fini della loro diffusione attraverso il Bollettino o gli altri mezzi/supporti deliberati dal Direttivo A.I.P.*

Data ..... / ..... / ..... Firma .....

-----  
**Allegare** (solo per la prima iscrizione):

- Fotocopia del Titolo di Studio (autocertificata)
- Fotocopia o certificato dell'attestato del Corso di Psicomotricità rilasciato dalla Scuola (autocertificato)
- N° 2 foto tessera
- Curriculum professionale.

**Il pagamento va effettuato con bonifico bancario sul C/C. n° 1000/00158535- IBAN IT27J0335901600100000158535  
Intestato a: A.I.P. - Associazione Italiana Psicomotricità, riportando nella causale Nome e Cognome del richiedente.  
La documentazione va inviata a mezzo posta al Presidente della A.I.P. Via Irnerio 43/b, 40126 Bologna**