



## ASSOCIAZIONE ITALIANA RIFLESSOLOGI PROFESSIONISTI

I Riflessologi che abbiano frequentato un corso triennale di Riflessologia possono iscriversi all'AIRP in qualità di Socio Professionista inviando la richiesta alla Segreteria all'indirizzo mail [segreteria@associazioneairp.it](mailto:segreteria@associazioneairp.it)

I candidati richiedenti devono possedere i requisiti corrispondenti ai parametri ritenuti validi dall'AIRP e come stabilito dal Regolamento interno. Alla richiesta di iscrizione allegare la documentazione relativa l'attestazione conseguita presso l'associazione di provenienza.

Titoli di formazione richiesti sono: attestati di frequenza che certifichino l'iter formativo di tre anni o tre Livelli. Questi devono essere vagliati e riconosciuti dal Consiglio Direttivo dell'AIRP.

Coloro che non sono in grado di presentare la documentazione richiesta dall'AIRP possono fare ugualmente domanda di iscrizione, ma dovranno sostenere un colloquio preliminare di verifica che dimostri il possesso dei requisiti previsti dal Regolamento Interno.

- Fotocopia attestato di formazione in riflessologia plantare;
- Fotocopia fronte/retro di un documento di identità;
- Fotocopia Codice Fiscale;



ASSOCIAZIONE ITALIANA RIFLESSOLOGI PROFESSIONISTI

## **Quota associativa annuale.**

Quota associativa annuale (*art. 8, d – dello statuto*) euro 120,00 per il 2021.

Da versare con una delle seguenti modalità:

- **bollettino postale**

    sul c/c n° 0010 5515 3884 intestato a:

ASSOCIAZIONE ITALIANA RIFLESSOLOGI PROFESSIONISTI  
Via Mazzini, 132 – 09012 Capoterra CA

Oppure

- **bonifico bancario:**

    IBAN IT05 Z 07601 04800 0010 5515 3884

Successivamente al pagamento inviare una mail a [segreteria@associazioneairp.it](mailto:segreteria@associazioneairp.it) con allegata la ricevuta dell'avvenuto pagamento

L'attestato verrà inviato via mail

***L'attestato di qualità e di qualificazione professionale dei servizi prestati, come previsto dagli artt. 4, 7 e 8 della legge 4/2013, verrà rilasciato **su richiesta** ai soci in regola con l'aggiornamento professionale.***

## DOMANDA D'ISCRIZIONE ALL'ELENCO PROFESSIONALE DELL'AIRP

sottoscritto/a \_\_\_\_\_

### CHIEDO

al Consiglio Direttivo di essere iscritto/a al suddetto Elenco Professionale.

### DICHIARO

di aver letto lo Statuto, il Regolamento ed il Codice Deontologico dell'Associazione .

Sono a conoscenza che per il mantenimento dell'iscrizione l'AIRP richiede:

- il pagamento della quota associativa di 120,00 euro, da versare entro il 31 marzo di ogni anno, può essere concessa una proroga di tre mesi (30 giugno). Nel caso in cui la quota non fosse versata entro tale termine il socio perderà tutti i diritti riservati ai soci attivi compreso il diritto di presenza nell'Elenco dei Professionisti pubblicato sul sito, fino al versamento della quota.
- che sia comunicato per iscritto qualunque variazione dei dati forniti nella presente domanda di iscrizione.

Nome e Cognome .....

Nato/a a .....il .....

Residente a .....CAP .....

Indirizzo .....

Telefono .....

E-mail .....

Codice Fiscale .....

Allego:

Documentazione da presentare via mail a [segreteria@associazioneairp.it](mailto:segreteria@associazioneairp.it)

- Fotocopia attestato di formazione in Riflessologia Plantare;
- Fotocopia fronte/retro di un documento di identità;
- Fotocopia Codice Fiscale;
- quota associativa

Data e firma .....

### Parte riservata alla segreteria

#### Il Consiglio Direttivo

accetta/respinge la richiesta in data \_\_\_\_\_ e iscrive il socio/a  
\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dell'associazione.

Data ..... 2021

## INFORMATIVA EX ART. 13 GDPR 2016/679

l'Associazione tratterà i Suoi dati personali, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679, esclusivamente per le finalità sociali contenute nello Statuto e regolamenti dell'AIRP per la gestione del rapporto associativo, ed in particolare per:

- la corrispondenza e rintracciabilità dei soci, la convocazione alle assemblee
- il pagamento delle quote associative
- l'adempimento degli obblighi di legge
- l'invio del notiziario dell'associazione . I trattamenti dei dati saranno svolti e i dati conservati da incaricati autorizzati, in forma cartacea e informatica.

I dati non saranno comunicati a terzi né saranno diffusi.

L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, telefono e mail è necessaria per la gestione del rapporto associativo e per l'adempimento degli obblighi di legge.

Il conferimento degli altri dati è facoltativo.

I dati raccolti saranno custoditi presso la sede dell'Associazione dal responsabile, Signor Sergio Atzori

**Diritti dell'interessato.** Nella qualità di interessato, Le sono garantiti tutti i diritti specificati all'art. 15 GDPR, tra cui il diritto all'accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati, di revocare il consenso (ove prestato) al trattamento (senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca), di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali.

L'esercizio dei diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare alla mail [segreteria@associazioneairp.it](mailto:segreteria@associazioneairp.it) o mediante lettera raccomandata a/r presso la sede dell'Associazione.

**Durata della conservazione dei dati:**

i dati saranno conservati per la durata dell'affiliazione all'Associazione

**Titolare del trattamento** ASSOCIAZIONE ITALIANA RIFLESSOLOGI  
PROFESSIONISTI - Via Mazzini, 132 – 09012 Capoterra CA

Luogo: \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Firma per accettazione \_\_\_\_\_



**sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

Al fine di pubblicizzare la mia appartenenza all'AIRP e fornire informazioni sulla mia attività relativa alla pratica della riflessologia,

autorizzo l' ASSOCIAZIONE ITALIANA RIFLESSOLOGI PROFESSIONISTI  
Via Mazzini, 132 – 09012 Capoterra CA

all' inserimento del mio nominativo su siti internet, in elenchi pubblici e su riviste o pubblicazioni cartacee.

Si - No

Alla pubblicazione della mia tesi d'esame.

Si - No

Alla pubblicazione di materiale fotografico e/o audiovisivo riguardante la mia immagine.

Si - No

Alla comunicazione a terzi ( solamente per interesse professionale) dei miei dati identificativi e recapiti, in caso di richiesta telefonica.

Si - No

Potrò revocare in qualsiasi momento le autorizzazioni prestate, tramite comunicazione scritta alla segreteria dell'AIRP

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma per accettazione \_\_\_\_\_