Il/La Sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Nato a  | Pv | il |
| Residente | Cap | Pv | Regione |
| Via | N° | Tel/fax  | Cell.  |
| E.mail | Web |
| Cod. Fiscale | C. Identità |
| Professione |
| Ass. Appartenenza | Tessera ASI | Anno 2016 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| In possesso di altra qualifica ASI? **SI □ NO □**  | Se **SI** indicare la Diciplina |
| In possesso di libretto formativo? **SI □ NO □**  | In possesso di tesserino tecnico? **SI □ NO □**  | Se **SI** indicare numero |

**CHIEDO**

* **ATTESTATO DI FORMAZIONE ASI** ● **LIBRETTO FORMATIVO** ● **TESSERINO TECNICO**
* **ISCRIZIONE ALBO NAZIONALE** ● **ISCRIZIONE AL REGISTRO NAZIONALE DEL SETTORE**

**DICHIARO**

Di non aver riportato condanne penali o carichi pendenti, di non fare uso di sostanze stupefacenti e/o dopanti, di essere in possesso dei requisiti richiesti e aderire come professionista alla legge n. 4 del 14 gennaio 2013; di accettare e rispettare le norme del Codice Deontologico e che quanto dichiaro e documento corrisponde al vero.

**AUTORIZZO**

L’utilizzo della mia immagine, le riprese fotografiche/audio/video effettuate dal personale della Scuola di Formazione o da altro operatore da essa incaricato; le immagini potranno altresì essere diffuse pubblicamente, durante proiezioni, trasmissioni televisive, pubblicate su giornali, riviste, web, in contesti riguardanti le attività didattiche svolte dalla e nella scuola, dal settore e dalle associazioni affiliate all’ASI; autorizzo l’inserimento della mia **immagine, nome e cognome, data di nascita, località e qualifica conseguita nell’Albo e Registro Nazionale**, tutti gli altri dati non saranno divulgati. Ne VIETO altresì l’uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale e il decoro. La posa e l’utilizzo delle immagini sono da considerarsi effettuate in forma gratuita. I dati personali saranno trattati nel rispetto della Legge 675/96 sulla Privacy e successive modifiche.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Riservato alla Scuola di Formazione Accreditata**

Il/La Sottoscritto/a Legale rappresentante dell’ Associazione

Scuola di Formazione Accreditata ASI N. dichiaro che il/ la Sig/a ha i requisiti per partecipare al Corso di Formazione relativo alla Disciplina che si svolgerà a Via n. dal al per la durata di ore

L’esame sarà sostenuto in data Luogo

Sarà mia cura inviare al Settore il verbale d’esame con la relativa votazione.

 Timbro e firma