

Domanda di partecipazione all'esame per l'iscrizione al Registro F.I.Sc.O.P. dei Professionisti Psicomotricisti

(per accedere all'esame bisogna essere soci ordinari)

Compilare obbligatoriamente in LETTERE MAIUSCOLE / STAMPATELLO CHIARO.

Inviare la scheda per mail a segreteria@fiscop.it.

1. DATI ANAGRAFICI E FISCALI DELL'ASSOCIATO/RICHIEDENTE

Cognome: _____ Nome: _____
Luogo di Nascita: _____ Prov: _____ Data di Nascita: ____/____/____
Codice Fiscale: _____
Residenza/Domicilio: Via/Piazza _____ N. _____
C.A.P. _____ Città: _____ Prov: _____
Telefono/Cellulare: _____ E-mail: _____
Partita IVA (se posseduta): _____ N. Tessera (se già socio): _____
Scuola Triennale Psicomotoria di riferimento (solo per Allievi): _____
Attività professionale svolta: _____
Presso: ☐ Ente Pubblico ☐ Ente Privato
Inquadramento: ☐ Dipendente a t. determinato ☐ Dipendente a t. indeterminato ☐ Libero Professionista ☐ Altro
Se già assegnati: N. Tessera _____ N. Registro _____

2. RICHIESTA

La/il sottoscritta/o fa domanda d'iscrizione alla prima sessione utile per l'esame del
Registro F.I.Sc.O.P. dei Professionisti Psicomotricisti.

3. MODALITÀ DI PAGAMENTO E IMPORTANTE REGOLA CAUSALE

L'esame del registro autoregolamentato F.I.Sc.O.P. è **gratuito per gli associati** interni alla Federazione.
Per gli esterni, in caso di accettazione della domanda, viene richiesto il pagamento di € 100/00 (cento/00) da effettuare
tramite VERSAMENTO UNICO sul seguente conto corrente **IBAN: IT25P0200811224000104648517** (Scrivere l'IBAN
senza spazi)

ATTENZIONE - REGOLA IMPORTANTE SULLA CAUSALE:

L'intestatario del bonifico deve coincidere con il nome del socio. Qualora il bonifico VENGA EFFETTUATO DA UN
TERZO (es. coniuge, genitore, studio, ente o società), nella causale del bonifico deve figurare **OBBLIGATORIAMENTE**
il Nome e Cognome del socio beneficiario dell'iscrizione.

4. IMPEGNO STATUTARIO E FIRMA

Il/La sottoscritto/a si impegna ad aderire agli scopi statutari della F.I.Sc.O.P. e a rispettarne fedelmente lo Statuto e i Regolamenti.

Luogo _____ Data: ____/____/____

Firma dell'Associato/Richiedente: _____

5. INFORMATIVA PRIVACY & CONSENSO (GDPR - Reg. UE 2016/679)

I dati personali forniti saranno trattati da F.I.Sc.O.P. esclusivamente per la gestione della presente domanda, del rapporto associativo, per adempimenti di legge e per comunicazioni istituzionali. Il conferimento è necessario per l'iscrizione. In ogni momento è

possibile esercitare i diritti di accesso, rettifica o cancellazione scrivendo a segreteria@fiscop.it.

Consenso al trattamento generale dei dati:

Luogo _____ Data: ____/____/____

Firma dell'Associato/Richiedente: _____

Consenso all'inserimento negli Elenchi Pubblici / Registro Autoregolamentato online sul sito web:

☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO

Luogo _____ Data: ____/____/____

Firma dell'Associato/Richiedente: _____