



SOCIETÀ ITALIANA DI FLORITERAPIA®

### **AUTOCERTIFICAZIONE**

Con la presente sottoscrizione chiedo di essere ammesso in qualità di Socio Ordinario a far parte della Società Italiana di Floriterapia per l'**anno solare 2026** dando altresì il consenso al trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679 per le sole modalità legate all'appartenenza alla suddetta associazione. Il sottoscritto da atto di aver appreso l'informativa del Regolamento GDPR 2016/679 attraverso la sua pubblicazione sul sito: [www.floriterapia.org](http://www.floriterapia.org).

**Dichiaro e autocertifico che quanto sotto riportato corrisponde a verità assumendo in caso contrario tutte le responsabilità civili e penali.**

Cognome.....

Nome.....

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

Residente in via.....

Città.....Cap.....Prov.....

Tel studio.....Tel casa.....

Cell.....e-mail.....

Titolo di Studio.....Professione.....

Iscritto all'Albo dei.....della Provincia di.....

Numero d'iscrizione all'Albo.....

Codice fiscale.....

P. IVA.....

Data.....Firma.....