



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 2017* dando altresì il consenso al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche per le sole modalità legate all'appartenenza alla suddetta associazione. Il sottoscritto da atto di aver appreso l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 attraverso la sua pubblicazione sul sito: 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.....