



CURRICULUM OLISTICO

Associazione Professionale Esseri Consapevoli

(Compilare in stampatello o al computer)

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo _____

Residenza via _____ Città _____

Tel. _____ Cell. _____

Cod. Fiscale _____ Partita iva _____

E-mail _____

Titoli di studio: Diploma o Laurea (specificare eventuali indirizzi e materie studiate)

DIPLOMA/LAUREA	ANNO

Altri titoli (specificare eventuali indirizzi e materie studiate):

.....
.....
.....



Esperienze nell'ambito olistico:

1) Luogo.....Annoattività

DocenteAttestato in possesso (sì o no).....

2) Luogo.....Annoattività.....

Docente.....Attestato in possesso (sì o no)

3) Luogo.....Annoattività

DocenteAttestato in possesso (sì o no).....

4) Luogo.....Annoattività.....

Docente.....Attestato in possesso (sì o no).....

5) Luogo.....Annoattività.....

Docente.....Attestato in possesso (sì o no).....

Monte ore

Esperienze didattiche nell'ambito olistico (docenze):

Docenza inPressoOre

Docenza in..... PressoOre

Docenza inPressoOre

Docenza in..... PressoOre

Un totale ore formative generali tra cui formazione personale e didattica di cui

Teoriche.....PraticaTrattamenti



Domande di valutazione generale (max 4 righe per domanda)

Che cosa significa, per te, essere un professionista nel settore e in genere?

.....
.....
.....
.....

*Avere la figura del Professionista/Docente in campo olistico come può essere di aiuto?
Cosa ti piacerebbe fare?*

.....
.....
.....
.....

Nella tua vita la ricerca interiore o spirituale quanto può incidere?

.....
.....
.....
.....

Quali sono i principi etici a cui si deve attenere un Professionista / Operatore Olistico?

.....
.....
.....
.....

Data e luogo _____

Firma _____

Ai sensi della legge 196/03 (Legge sulla riservatezza dei dati personali), informato delle finalità e delle modalità del trattamento, nonché dei soggetti responsabili dello stesso io sottoscritto/a autorizzo la Vostra associazione al trattamento dei dati personali contenuti nel presente documento ai soli fini ivi descritti

Firma per consenso

Dichiaro di aver preso visione della “Informativa ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30 giugno 2003 Il D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e il Regolamento Europeo 679/2016 (Regolamento Generale in materia di trattamento dei dati personali);

vedi sito A.P.E.C. italia www.apecitalia.org) e autorizzo A.P.E.C. al loro trattamento

- La informo che I dati da Lei forniti (nome e cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, indirizzo postale, codice fiscale e indirizzo e-mail) sono raccolti i soli fini dello svolgimento delle attività istituzionali previste statutariamente nonché per adempiere agli obblighi di legge;

- I Suoi dati saranno trasferiti solo a consulenti fiscali, studi legali, studi notarili, altre società e fornitori. Saranno conservati per il tempo necessario richiesto dalle normative civilistico-fiscali.

- In qualunque momento Lei potrà chiedere per via postale o mail al Titolare del trattamento dei dati la verifica, modifica o la cancellazione dei suoi dati. La Sua richiesta sarà soddisfatta entro 15 giorni.

Qualunque motivo di insoddisfazione o protesta potrà essere da Lei riportato alla Autorità Garante per la protezione dei dati personali Piazza di Monte Citorio n. 121, 00186 Roma, tel. 06.696771, E-mail: garante@gpdp.it

Consapevole della responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46, art 75,art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, ATTESTA La VERIDICITÀ e l'ESATTEZZA dei dati sopra dichiarati e che corrispondono a verità.

Data luogo

Firma