



Società Italiana di Medicina Biointegrata

MODULO RICHIESTA T.C. *Training Certificate - Expert*

Il/la sottoscritto/a _____,
nat. a _____ (Prov. _____) il _____
C.F. _____ residente a _____ (Prov. _____)
in via _____ n. _____ CAP _____,
in qualità di socio effettivo regolarmente iscritto, per l'anno in corso, all'Associazione SIMEB (*Società Italiana di Medicina Biointegrata*), appartenente alla seguente categoria professionale:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medici, Odontoiatri, Veterinari | <input type="checkbox"/> Farmacisti |
| <input type="checkbox"/> Infermieri, Ostetriche | <input type="checkbox"/> Fisioterapisti, Osteopati, laureati in Scienze Motorie |
| <input type="checkbox"/> Naturopati, Erboristi | <input type="checkbox"/> Altre categorie _____ |
| <input type="checkbox"/> Biologi, Psicologi | |

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di aver regolarmente frequentato e conseguito il:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Corso formativo di base di Medicina Biointegrata (codice <i>Cfbm-2/6</i>) a.a. _____/_____ |
| <input type="checkbox"/> Corso di Perf. in Medicina Biointegrata – I livello (codice <i>Cpmb-9/13</i>) a.a. _____/_____ |
| <input type="checkbox"/> Corso di Kinesiologia Biointegrata (codice <i>Cskb-3D/6</i>) a.a. _____/_____ |

pertanto,

CHIEDE

1. il rilascio del **T.C. – Training Certificate - Expert** come Operatore Biointegrato;
2. l'iscrizione al **RIMeB – Registro Italiano di Medicina Biointegrata** e di essere inserito con la rispettiva qualifica.

Allega alla presente la scheda personale.

Si invita a compilare il modulo in stampatello e ad inviarlo all'indirizzo e-mail: didattica@medicinabiointegrata.it o al numero di fax 0874/870979.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D.Lgs. 196/03)

Il Sottoscritto, dopo aver preso atto che i propri dati personali richiesti saranno utilizzati dalla SIMEB e trasmessi a terzi solo ed esclusivamente per scopi inerenti le attività dichiarate nello statuto, fornisce il proprio consenso.

Luogo e data _____

Firma _____



Società Italiana di Medicina Biointegrata

RIMeB

Registro Italiano di Medicina Biointegrata

Scheda Personale	
I dati riportati nell'elenco che sarà pubblicato sul sito www.medicinabiointegrata.it, sono esclusivamente quelli relativi allo studio professionale * ed all'indirizzo mail, oltre al nome ed al cognome.	
Nome:	
Cognome:	
Luogo di Nascita:	
Data di Nascita:	
Residenza	
Via:	
Cap.:	
Città:	
Provincia:	
Cellulare:	
E-mail:	
Codice Fiscale:	
N. partiva IVA:	
Studio Professionale *	
Indirizzo:	
Cap.:	
Città:	
Provincia:	
Tel:	
Fax:	
Cell:	
Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", il trattamento delle informazioni che La riguardano, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.	
Il sottoscritto, nel chiedere l'iscrizione al RIMeB, Registro Italiano di Medicina Biointegrata, dichiara di prestare il proprio consenso all'acquisizione, conservazione e diffusione dei propri dati personali.	
DATA:	FIRMA: