



SIAF Italia

Associazione di Categoria Professionale
Via D.M. Manni 56/rosso 50135 Firenze - C.F. 92018180429 -
www.siafitalia.it

RILASCIO DI NULLA OSTA Ammissione Esame Privatisti (ex art. 2 lettera c Procedure Commissione di esame)

Il/La sottoscritto/a, _____, in qualità di
AUDITOR SIAF Italia,

DICHIARA CON LA PRESENTE CHE

Il/la Signor/a _____

Nato/a a _____, il _____

Ha i requisiti per la partecipazione all'esame di ammissione nei Registri SIAF Italia per
(indicare con una X il registro):

- Armonizzatore Familiare
- Artiterapeuta
- Coach
- Counselor
- Mediatore Familiare
- Naturopata
- Operatore Olistico
- Professionista del Benessere

Livello di iscrizione richiesto dal candidato:

- Base
- Professional

_____, lì _____

Firma AUDITOR SIAF Italia

Tale documento ha validità di 6 mesi con estensione solo previa autorizzazione di SIAF Italia.