



# SIAF Italia

Associazione di Categoria Professionale

Via D.M. Manni 56/rosso 50135 Firenze - C.F. 92018180429 -

[www.siafitalia.it](http://www.siafitalia.it)

## DICHIARAZIONE DEI TITOLI PER L'ISCRIZIONE nel registro di PROFESSIONISTA DEL BENESSERE PSICOFISICO tramite il MASSAGGIO BIO-NATURALE

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a il .....  
a ..... residente a ..... Provincia di .....  
via ..... CAP ..... Tel .....

### DICHIARA

di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorro in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;

di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Associazione SIAF Italia, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione;

di essere in possesso dei requisiti necessari per l'iscrizione nel registro di PROFESSIONISTA DEL BENESSERE tramite il MASSAGGIO BIO-NATURALE, in particolare (barrare le caselle):

- Diploma di scuola secondaria superiore o Laurea
- Titolo specialistico di Professionista del Benessere Psicofisico tramite il massaggio bio-naturale (acquisito con un percorso di formazione non formale della durata complessiva di 600 ore, di cui 300-360 d'aula e 300-240 di stage) – allegare la copia -.

In alternativa al titolo specialistico indicare i dettagli richiesti nella casella bianca

1) Formazione effettuata nel massaggio  
(ad es. californiano, rilassante, anstress, olistico,  
lomi lomi, svedese, etc.)

(specificare la formazione e il monte ore)

2) Formazione in

- Accoglienza
- Analisi delle esigenze
- Stati interni
- Linguaggio del benessere

(specificare la formazione e il monte ore)

3) Almeno 30 h in discipline differenti dal  
massaggio o abilità relazionali  
(ad es. antincendio, marketing, primo soccorso,  
contabilità, etc.)

(specificare la formazione e il monte ore)

Data

Firma

\_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre di essere informato che ai sensi del Regolamento Ue 679/16 i dati richiesti saranno utilizzati solo per i fini istituzionali previsti dallo Statuto di SIAF Italia. Il sottoscritto autorizza espressamente l'Associazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento Ue 679/16.

Firma \_\_\_\_\_

**Allegare copia fotostatica di un documento d'identità in corso** di validità del dichiarante (ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 si informa che tale documento viene distrutto entro 48 mesi dalla data di ricezione).