



SIAF Italia

Associazione di Categoria Professionale

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

www.siafitalia.it

DICHIARAZIONE DEI TITOLI PER L'ISCRIZIONE nel registro di OPERATORE OLISTICO

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 OPERATORE OLISTICO, in particolare (barrare le caselle):

- o Titolo di studio: Diploma di scuola media inferiore Diploma di scuola media superiore
- o Titolo specialistico di 450 ore acquisito in almeno una delle discipline bio-naturali e/o in almeno una delle discipline olistiche di cui al censimento redatto nel 2007 dalla Regione Toscana <http://www.siafitalia.it/wp-content/uploads/2016/10/Censimento-Discipline-Olistiche.pdf>

In alternativa,

- o Almeno 450 ore di formazione di cui

1) 160 ore teoriche in aula

(specificare la formazione e il monte ore)

2) 130 ore di tirocinio per la pratica professionale

(specificare la formazione e il monte ore)

3) 160 ore di attività extra didattiche
(a titolo di esempio: deontologia professionale, supervisione didattica, sessioni individuali o percorso di crescita personale, studio individuale per la stesura dell'elaborato finale)

(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).