



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
- ☐ Insegnante di Yoga
- ☐ Mediatore Familiare
- ☐ Naturopata
- ☐ Operatore Olistico
- ☐ Professionista del Benessere Psicofisico tramite il massaggio bio-naturale

Livello di iscrizione richiesto dal candidato:

- ☐ Base
- ☐ Professional

_____, li _____

Firma AUDITOR SIAF Italia

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