



Certificazione Figure Professionali: NATUROPATA
UNI 11491:2013

DATI DEL CANDIDATO		Spuntare la casella per utilizzare questo indirizzo per la spedizione di certificato e badge.	
NOME		COGNOME	
INDIRIZZO		CITTÀ	CAP
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
TELEFONO		CODICE FISCALE	
E-MAIL		PEC	

Le persone con esigenze speciali possono contattare i nostri uffici per la pianificazione dell'esame

DATI PER LA FATTURAZIONE		Spuntare la casella per utilizzare questo indirizzo per la spedizione di certificato e badge.	
RAGIONE SOCIALE			
INDIRIZZO		CITTÀ	CAP
P. IVA		CODICE FISCALE	
CODICE UNIVOCO DESTINATARIO		PEC	
TELEFONO		E-MAIL	

DOCUMENTAZIONE IN ALLEGATO

DIPLOMA DI SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO (5 anni) E/O LAUREA	☐ SI ☐ NO	NOME DELLA SCUOLA	
DIPLOMA SCUOLA IN NATUROPATIA (min. 2 anni) O SUO EQUIVALENTE	☐ SI ☐ NO	NOME DELLA SCUOLA	
EVIDENZA DELLA DURATA DEL PROGRAMMA DI FORMAZIONE IN NATUROPATIA COSTITUITO DA UN MINIMO DI 1500 H, DI CUI NON MENO DI 400 DI TIROCINIO CLINICO	☐ DICHIARAZIONE SU CARTA INTESTATA DELLA SCUOLA RIPORTANTE LA DURATA DELLA FORMAZIONE ☐ PROGRAMMA UFFICIALE DELLA SCUOLA RELATIVA IL CORSO RIPORTANTE LA DURATA DELLA FORMAZIONE ☐ ALTRA DOCUMENTAZIONE RILASCIATA DALLA SCUOLA RIPORTANTE LA DURATA DELLA FORMAZIONE		
CURRICULUM VITAE RIPORTANTE DATA, FIRMA, DICHIARAZIONE EX DPR 445/2000 ART. 46 E 76 E AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016 (GDPR) E D.LGS 196/2003 S.M.I.	☐ SI ☐ NO		

La richiesta di certificazione si considera completa solo se integrata da un CV aggiornato, firmato e riportante la dichiarazione ex DPR 445/2000 art 46 e 76 e autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR) e D.Lgs 196/2003 s.m.i., integrato da documentazione comprovante le attività lavorative e formative richieste. Deve essere altresì allegata copia di un documento di identità in corso di validità e qualsiasi altra informazione necessaria per la certificazione.

NOTA: La richiesta di certificazione si considera completa una volta integrata dalla documentazione che verrà fornita a seguito del ricevimento del presente documento ed è relativa al profilo indicato.

DICHIARAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

AI SENSI DEGLI ARTT. 19, 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000, E CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 E DELLE CONSEGUENZE PREVISTE DALL'ART. 75 DEL MEDESIMO D.P.R. PER LE IPOTESI DI FALSITÀ IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI MI INDICATE, DICHIARO CHE QUANTO RIPORTATO IN QUESTO DOCUMENTO E NEI SUI ALLEGATI CORRISPONDE A VERITÀ.

LUOGO E DATA:		FIRMA DELL'INTERESSATO:	
---------------	--	-------------------------	--

CONSENSO PRIVACY

AUTORIZZO AJA EUROPE SRL AL TRATTAMENTO DI TUTTI I DATI PERSONALI CHE VERRANNO FORNITI NEL CORSO DELL'ITER DI CERTIFICAZIONE, AI SENSI DEL -REGOLAMENTO (UE) 679/2016, DEL D. LGS. 196/2003 E S.M.I. AUTORIZZO AFFINCHÉ TUTTA LA PRATICA DI CERTIFICAZIONE VENGA MESSA A DISPOSIZIONE DI ACCREDIA.

DICHIARO DI AVER RICEVUTO L'INFORMATIVA PRIVACY IN ALLEGATO, DI AVER PRESO CONOSCENZA DELLE INFORMAZIONI MI CONTENUTE FORNITE DAL TITOLARE DEL TRATTAMENTO E DI PRESTARE LIBERO E INFORMATO CONSENSO ALLA SEGUENTE TIPOLOGIA DI TRATTAMENTO:

FINALITA' (BARRARE IN CORRISPONDENZA DELLA PROPRIA VOLONTÀ)	DO IL CONSENSO	NEGO IL CONSENSO
A. TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI PER FINALITÀ DI MARKETING, VENDITA DIRETTA E RICERCHE DI MERCATO (FACOLTATIVO)		
B. COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI AD ALTRE SOCIETÀ DEL GRUPPO AJA (FACOLTATIVO)		
C. PUBBLICAZIONE DEI DATI IDENTIFICATIVI SUI REGISTRI PUBBLICI AJA EUROPE E ACCREDIA (FACOLTATIVO)		

NEL CASO IN CUI NON VENISSE SPUNTATA ALCUNA RISPOSTA AI TRATTAMENTI FACOLTATIVI, SI CONCORDA CHE L'INTERESSATO INTENDE NEGARE IL CONSENSO.

LA INFORMIAMO CHE, IN QUALITÀ DI INTERESSATO, LEI HA IL DIRITTO DI REVOCARE IN QUALSIASI MOMENTO IL CONSENSO PRESTATO PER UNA O PIÙ FINALITÀ DI TRATTAMENTO; TALE REVOCHE, TUTTAVIA, NON PREGIUDICA IN ALCUN MODO LA LICEITÀ DEI TRATTAMENTI DA NOI SVOLTI SULLA BASE DEL CONSENSO DA LEI PRECEDENTEMENTE ACCORDATOCI.

LUOGO E DATA:		FIRMA DELL'INTERESSATO:	
---------------	--	-------------------------	--

SPAZIO A CURA DI ODV			
VALIDAZIONE QUESTIONARIO (Dichiarazione e documenti allegati)			
NOME E COGNOME			
NOTE			
FIRMA		DATA	