



Egregio
Presidente
Responsabile

Oggetto: Modulistica Affiliazione **Associazione Italiana Shojukai** anno 2010/2011

Sottoponiamo alla Vostra cortese attenzione il materiale informativo riguardante modalità, tariffe e offerte per l'affiliazione della Vs. società e del Vs. Studio professionale alla Associazione Italiana SHOJUKAI relativamente ai settori NATUROPATIA ORIENTALE (Discipline Olistiche) e ARTI MARZIALI per l'anno in corso 2010/2011.

Vi ricordiamo che l'affiliazione ha la validità di un anno dal momento dell'iscrizione.

Informiamo inoltre che la Segreteria è a Vostra completa disposizione per qualsiasi chiarimento:

mobile: 338.84.94.588

mail: info@shojukai.it

Si rende noto che i moduli inviati dall'Associazione sono predisposti in modo che la Segreteria possa essere in possesso di tutti i dati dell'affiliato onde agevolare il proprio lavoro, sia nel compilare le tessere dei nuovi affiliati sia di aggiornare i rinnovi; pertanto i responsabili sono pregati di vidimarli e compilarli accuratamente in stampatello.

Ringraziandovi anticipatamente per l'attenzione,
cogliamo l'occasione per porgere
Cordiali Saluti.

Il Presidente

Dott. Marco Vinicio Piras



Procedura tesseramenti settore

Naturopatia Orientale / Discipline Olistiche

di seguito indicato con "D.O."

NUOVI TESSERAMENTI

I moduli d'affiliazione devono essere consegnati alla Segreteria Generale debitamente compilati. Una copia d'ogni affiliazione accettata sarà restituita alla Società, completa dei codici di Affiliazione e delle Tessere personali. I certificati medici NON devono essere inviati alla Segreteria Generale, ogni Società provvederà a trattenerli presso la propria sede.

La Società dovrà inoltre munirsi di UNA foto per ogni tesserato per il rilascio delle Tessere da parte della Segreteria Generale. Qualora la Segreteria Generale riscontrasse nei moduli di tesseramento l'incompleta compilazione, potrà rimmetterli alla Società la quale provvederà a rispedirli completi in ogni parte.

RINNOVO TESSERAMENTI

Tutte le Società che intendono riaffiliarsi all'Associazione Italiana SHOJUKAI dovranno compilare i moduli di tesseramento completi del Numero di Tessera di ogni iscritto, la segreteria provvederà a richiedere e vidimare le singole Tessere. Le Tessere non vidimate per l'anno in corso non saranno ritenute valide.

TUTELA SANITARIA

Tutte le Società sono tenute a richiedere o far sottoporre i loro associati a visita medica come stabilito dalla legge sanitaria (D.M. del 18/02/1982 e D.M. del 28/02/1983 ed eventuali e successive modifiche ed integrazioni), trattenendo la relativa documentazione presso la sede Sociale. Il certificato deve essere d'idoneità generica.

In caso di Studio Professionale, il titolare deve essere fornito di Certificato di idoneità generica.

A.S.D. Italiana SHOJUKAI		Sezione 3: Discipline Olistiche / 2 pag
Sede legale: Viale Ticino 24 21026 Gavirate (VA) C.F. 92023540120	Affiliazione e tesseramento A.s.d. Italiana Shojukai 3/12	Mobile: 338.84.94.588 www.shojukai.it info@shojukai.it



<h1 style="margin: 0;">Affiliazione Società</h1>	<input type="checkbox"/> Nuova Affiliazione <input type="checkbox"/> Rinnovo <h2 style="margin: 0;">Anno 20__ / 20__</h2>
--	--

Settore <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> D.O.	Cod. affiliazione
---	-------------------

La Società	Anno di fondazione
------------	--------------------

Cof. Fisc.

Indirizzo

CAP	Città	Prov.
-----	-------	-------

Tel	Fax	Mobile
-----	-----	--------

E-mail	Indirizzo Web
--------	---------------

Indirizzo per corrispondenza (se diverso dal precedente)
--

Indirizzo

CAP	Città	Prov.
-----	-------	-------

Consiglio direttivo:

Presidente	Cognome	Tel	Tessera N°
		Indirizzo	
	Nome	Data Nascita	
		Cod.Fisc.	

Cognome, Nome	Telefono, Indirizzo	Tessera N°
---------------	---------------------	------------

Vice Presidente		
-----------------	--	--

Segretario		
------------	--	--

Consigliere		
-------------	--	--

Consigliere		
-------------	--	--

Amministratore		
----------------	--	--

Direttore Tecnico		
-------------------	--	--

Presa conoscenza dello Statuto e relativi regolamenti, DICHIARO di assumermi per l'anno in corso la responsabilità dell'insegnamento della disciplina <input type="checkbox"/> Marziale <input type="checkbox"/> Olistica presso la scrivente Società.	Per accettazione
--	------------------

La Società scrivente si affilia all'A.I.S. per l'anno in corso e dichiara di aver preso visione e di accettarne senza riserva alcuna lo Statuto e i Regolamenti.

Al momento dell'iscrizione i Vostri dati personali saranno oggetto di trattamento da parte dell' A.S.D. Italiana Shojukai, secondo i criteri e nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali D.Lgs 196/2003.

I dati inseriti saranno archiviati utilizzati dalla A.S.D. Italiana Shojukai a scopo informativo e di aggiornamento.

Luogo e data	Il presidente (timbro e firma)
--------------	-----------------------------------

Parere del Consiglio Direttivo:	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
---------------------------------	---

Luogo e data	Il presidente SHOJUKAI
--------------	------------------------

Affiliazione e tesseramento - Asd Italiana Shojukai© - 8/12



<h1>Affiliazione Studio</h1>	<input type="checkbox"/> Nuova Affiliazione <input type="checkbox"/> Rinnovo <h2>Anno 20__ / 20__</h2>
------------------------------	---

Settore <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> D.O.	Cod. affiliazione
---	-------------------

Rag. Sociale

Partita I.V.A.											
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo	
-----------	--

CAP	Città	Prov.
-----	-------	-------

Tel	Fax	Mobile
-----	-----	--------

E-mail	Indirizzo Web
--------	---------------

Indirizzo per corrispondenza (se diverso dal precedente)
--

Indirizzo	
-----------	--

CAP	Città	Prov.
-----	-------	-------

Titolare o Responsabile	
-------------------------	--

Nome	Cognome
------	---------

Cof. Fisc.														
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tel.	Mobile
------	--------

Attività praticate

Lo Studio scrivente si affilia all'A.I.S. per l'anno in corso e dichiara di aver preso visione e di accettarne senza riserva alcuna lo Statuto e i Regolamenti.

Al momento dell'iscrizione i Vostrì dati personali saranno oggetto di trattamento da parte dell' A.S.D. Italiana Shojukai, secondo i criteri e nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali D.Lgs 196/2003.

I dati inseriti saranno archiviati utilizzati dalla A.S.D. Italiana Shojukai a scopo informativo e di aggiornamento.

Luogo e data	Il presidente (timbro e firma)
--------------	-----------------------------------

Parere del Consiglio Direttivo:	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
---------------------------------	---

Luogo e data	Il presidente SHOJUKAI
--------------	------------------------



<h1 style="margin: 0;">Iscrizioni</h1>	<input type="checkbox"/> Nuova Affiliazione <input checked="" type="checkbox"/> Rinnovo <h2 style="margin: 0;">Anno 20__ / 20__</h2>
Tecnico/Maestro/Insegnante/Istruttore	

Settore <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> D.O.	Tessera N°
---	------------

Nome	Cognome
------	---------

Indirizzo	
-----------	--

CAP	Città	Prov.
-----	-------	-------

Cof. Fisc.															
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tel	Fax	Mobile
-----	-----	--------

E-mail	Lingue Straniere
--------	------------------

Società/Studio di appartenenza	Cod. Affiliazione
--------------------------------	-------------------

Grado / Livello raggiunto			
SETTORE/DISCIPLINA	GRADO/LIVELLO	DATA e LUOGO RILASCIO	FEDERAZIONE

Si prega di allegare copia della documentazione comprovante i gradi/livelli

Qualifiche			
SETTORE/DISCIPLINA	QUALIFICA	DATA e LUOGO RILASCIO	FEDERAZIONE

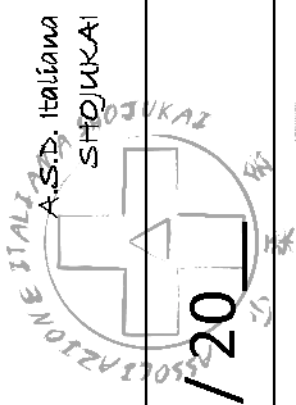
Si prega di allegare copia della documentazione comprovante le qualifiche

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver provveduto a formalizzare la propria posizione sanitaria come previsto dalla legge e di essere in possesso del relativo certificato di idoneità e di accettare senza riserva alcuna lo Statuto ed i Regolamenti A.I.S.

Al momento dell'iscrizione i Vostri dati personali saranno oggetto di trattamento da parte dell' A.S.D. Italiana Shojukai, secondo i criteri e nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali D.Lgs 196/2003.

I dati inseriti saranno archiviati utilizzati dalla A.S.D. Italiana Shojukai a scopo informativo e di aggiornamento.

Luogo e data	Il richiedente
--------------	----------------



Tesseramento Allievi

Anno 20__ / 20__

Società	Cod. affiliazione
---------	-------------------

N°	Cognome e Nome	Nato a	Il	Settore	Grado/Qualifica	N° tessera
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Il Presidente sociale dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver provveduto a formalizzare la posizione sanitaria e di custodire la documentazione relativa, nonché di accettare senza riserva alcuna lo Statuto ed i Regolamenti A.I.S.

Al momento dell'iscrizione i Vostri dati personali saranno oggetto di trattamento da parte dell' A.S.D. Italiana Shojukai, secondo i criteri e nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali D.Lgs 196/2003. I dati inseriti saranno archiviati utilizzati dalla A.S.D. Italiana Shojukai a scopo informativo e di aggiornamento.

Luogo e data _____ **Il presidente**
 (timbro e firma)

A.S.D. Italiana SHOJUKAI Modulo Tesseramento Allievi

Sede legale:
 Viale Ticino 24 Mobile: 338.84.94.588
 21026 Gavirate (VA) www.shojukai.it
 C.F. 92023540120 info@shojukai.it