

DOMANDA DI ISCRIZIONE
(fare riferimento all'art. 7 del Regolamento)

_____ l _____ sottoscritt _____
nat _____ a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____
Codice Fiscale _____ P. IVA _____
recapito telefonico: fisso _____ cell. _____ mail _____
ragione sociale attività _____ anno inizio attività _____
con sede in _____ prov. _____
via _____ CAP _____

presa visione e accettazione degli articoli componenti il Regolamento del Registro Nazionale Erboristi Professionisti, del Codice Deontologico allegato ed essendo in possesso dello specifico titolo di studio richiesto per l'iscrizione al Registro Nazionale erboristi Professionisti, diploma / laurea di:

☐ ERBORISTA DIPLOMATO in data _____ presso _____

☐ ERBORISTA LAUREATO in data _____ presso _____

definizione esatta CdL _____

Classe di Laurea L _____

CHIEDE

di essere iscritto al Registro Nazionale Erboristi Professionisti, tenuto dalla Federazione Erboristi Italiani, nell'elenco:



Allega:

1. copia ricevuta di versamento quota di iscrizione;
2. fotocopia del titolo di studio di cui all'art. 4. In mancanza del diploma originale può essere esibita una dichiarazione attestante il titolo di studio conseguito dall'università di pertinenza;
3. fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità controfirmato;
4. dichiarazione del richiedente, che attesti sotto la propria responsabilità che la documentazione inviata è conforme a quella originale in possesso del dichiarante stesso;
5. dichiarazione dell'erborista attestante lo svolgimento dell'attività lavorativa effettivamente svolta, indicando se titolare di erboristeria, dipendente di erboristeria, farmacia, parafarmacia, o diplomato/laureato non occupato;

La Commissione Unica per il Registro, in qualsiasi momento potrà richiedere all'iscritto al RNEP la trasmissione della documentazione originale per ulteriori verifiche di conformità con quanto ricevuto.

Data ____/____/____ Luogo _____ Firma _____

Il richiedente dichiara inoltre accettare il Regolamento Nazionale Erboristi Professionisti ed il relativo Codice Deontologico in ogni sua parte e di acconsentire alla pubblicazione dei suoi dati professionali ai sensi dell'art.6 del Regolamento.

Data ____/____/____ Luogo _____ Firma _____

Ricevuta l'informativa sulla utilizzazione dei ____ dati personali, parte integrante del presente modulo d'iscrizione, ai sensi dell'art. 13 della legge 196/03, consent _____

al loro trattamento nella misura necessaria per il proseguimento degli scopi statuari:

Data ____/____/____ Luogo _____ Firma _____



Causale del versamento: quota iscrizione per l'anno al Registro Nazionale Erboristi

Diplomati/Laureati non occupati: Soci FEI: gratuito NON Soci FEI euro 80,00

F.to Il Presidente FEI – Dott. A. Di Muzio

