

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO PERCORSO DI SUPERVISIONE

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ provincia _____ il ____/____/____
residente in _____ provincia _____
indirizzo _____
numero civico _____ C.A.P. _____ in qualità di rappresentante legale dell'ente denominato _____
con sede legale in _____
provincia _____ indirizzo _____
numero civico _____ C.A.P. _____ codice fiscale _____
partita IVA _____ telefono _____
fax _____ cellulare _____
eMail _____ eMail PEC _____
sito web _____

CHIEDE

il riconoscimento del percorso di supervisione in Counseling denominato _____

A TAL FINE DICHIARA

- di aver preso visione e di condividere in ogni sua parte lo statuto di AssoCounseling
- di aver preso visione e di rispettare i criteri minimi di accreditamento come da regolamento specifico (R10)

A TAL FINE ALLEGA

- copia di un documento di identità (fronte/retro) in corso di validità del rappresentante legale (solo se è la prima volta che si presenta domanda di riconoscimento)
- copia del versamento di euro 350,00 su c/c bancario IT 54 R 02008 02817 000401198625 a titolo di adesione anno in corso (solo se è la prima volta che si presenta domanda di riconoscimento)
- copia integrale dei curricula dei supervisori in formato Pdf
- allegato al regolamento R10 compilato in ogni sua parte (file R10allegato.doc)

Data

Timbro e firma

Dichiaro inoltre di essere informato che ai sensi del D. Lgs. 196/03 i dati richiesti saranno utilizzati solo per i fini istituzionali previsti dallo statuto di AssoCounseling e che gli interessati possono avvalersi di quanto previsto dagli artt. 7, 8, 9, 10 D. Lgs. 196/03 (Diritti dell'interessato). Il sottoscritto autorizza espressamente AssoCounseling al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03.

Timbro e firma

ASSOCOUNSELING			DOMANDA DI RICONOSCIMENTO SUPERVISIONE M08		
DATA EMISSIONE	11/11/2009	DATA REVISIONE	21/09/2015	INDICE REVISIONE	REV. 3