

Viale della Grande Muraglia n. 145 - 00144 ROMA (RM) tel 06 45491064 fax 06 83391706 email: segreteria.sico@gmail.com

**MODULO DI RINNOVO ATTESTAZIONE DI QUALITÀ  
E DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE DEI SERVIZI IN COUNSELING**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
domiciliata/o in (solo se diverso da residenza) \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_ email Pec \_\_\_\_\_

***Isritto al Registro di Counselor professionisti S.I.Co. al N° \_\_\_\_\_ chiede il rinnovo  
dell'Attestato di Qualità e di Qualificazione Professionale dei Servizi in Counseling***

A tale fine allega alla presente:

- Curriculum vitae europeo
- Aggiornamento Professionale documentato
- Supervisione Professionale documentato
- Pratica professionale documentata
- Modello R1/20 (*Dichiarazione Sostitutiva Atto di Notorietà, con firma autenticata in comune*)
- Dimostrazione Quota Associativa e Quota Assicurativa regolarizzate.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 – GDPR 679/2016 e relativi aggiornamenti a tutela della privacy, autorizzo la S.I.Co. ad utilizzare i miei dati personali per le necessarie funzioni di informazione e gestione dati, sia in forma cartacea, che a livello informatico.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- Autorizzo  
 Non autorizzo  
la pubblicazione dei miei dati professionali sul sito web S.I.Co. (*Compilare la sezione di interesse*)

Nome - Cognome - Studio (facoltativo) \_\_\_\_\_

indirizzo Studio \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ web \_\_\_\_\_

Data: .....

Firma .....