

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

RINNOVO – ESAME ORALE

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ prov _____ il _____
residente in _____ prov _____
indirizzo _____ cap _____
domiciliata/o in (solo se diverso da residenza) _____ prov _____
indirizzo _____ cap _____
codice fiscale _____ p. Iva _____
telefono _____ fax _____ cell _____
email _____ Pec _____

Titolo di studio		Professione
Ordine Professionale	N. iscrizione	Ambito
.....	

Chiede di sostenere di sostenere un esame individuale orale finalizzato al rinnovo dell'Attestato di Qualità e di Qualificazione Professionale dei Servizi di Counseling per l'iscrizione al Registro Italiano dei Counselor S.I.Co. in quanto non sono stati raggiunti i requisiti richiesti.

Si allegano alla presente:

- ricevuta di versamento di € 50,00 una tantum esame per diritti di segreteria
- copia documento di riconoscimento e codice fiscale (ante/retro)
- curriculum vitae aggiornato

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, Regolamento Privacy Europeo (RGPD)n.° 679/2016 "Codice in materia del trattamento dei dati personali" 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 le sezioni di interesse)

Nome - Cognome - Studio _____
indirizzo _____
telefono _____ fax _____ cell _____
email _____ web _____
Firma

Modalità di pagamento

Bonifico - Iban: **IT73 D076 0103 2000 0000 0756 007** intestato a [S.I.Co.](http://www.sicoitalia.it) Società Italiana di Counseling
C/corrente postale: **756007** intestato a [S.I.Co.](http://www.sicoitalia.it) Società Italiana di Counseling