

**RICHIESTA DI REFERENZA**

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
Iscrizione nel Registro Italiano dei Counselor S.I.Co al N° _____		

**Fa richiesta di Referenza per .....**

A tale riguardo dichiara di aver letto lo statuto ed il regolamento interno e condividere gli scopi della Associazione.

Allega alla presente:

- Curriculum vitae europeo;
- Fotocopia fronte e retro documento di identità e codice fiscale.

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 la sezione di interesse)

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

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

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

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

Data: .....

Firma .....