

RICHIESTA DI CO-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 Co-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