Mod. AB/21

Viale della Grande Muraglia n. 145 - 00144 ROMA (RM) tel 06 45491064 fax 06 83391706
E mail: segreteria.sico@gmail.com sito web: www.sicoitalia.it

Richiesta di iscrizione alla S.I.Co. Società Italiana di Counseling al fine di sostenere l'esame valutativo per l'iscrizione al Registro Italiano dei Counselor S.I.Co.- Elenco Abilità di Counseling

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 _____

telefono _____ Cell _____

email _____ Pec _____

Titolo di studio	Eventuale altra professione
Eventuale iscrizione a Ordine Professionale	Codice Fiscale I....I....I....I....I....I....I....I....I....I....I....I....I....I....I....I....I....I

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

Nome - Cognome _____

Indirizzo _____

telefono _____ cell _____

e-mail _____ www _____

Documentazione da allegare alla presente domanda in formato pdf:

1. Curriculum professionale e fotografia digitale
2. Copia documento di identità e codice fiscale
3. Diploma scuola media superiore quinquennale o laurea
4. Informativa sulla privacy firmata
5. Ricevuta di versamento della quota associativa di iscrizione in S.I.Co. con causale "Nome e Cognome + annualità quota associativa"
6. Certificazione attestante 150 ore di formazione in Abilità di Counseling
7. Certificazione attestante 30 ore di supervisione didattica

Dichiaro di aver preso visione dello statuto, del regolamento interno e del Codice Deontologico pubblicato sul sito www.sicoitalia.it

Dichiaro che i documenti inviati in allegato alla presente sono conformi agli originali.

Dichiaro che dopo l'iscrizione nel Registro Italiano dei Counselor S.I.Co. provvederò immediatamente a effettuare il pagamento per la copertura assicurativa di € 50,00. Qualora se ne disponesse di una propria, è sufficiente inviarne copia, sia dell'originale che della quietanza stessa, senza effettuare il pagamento dell'assicurazione.

Per i punti 6, 7 *la Scuola di Counseling frequentata, può emettere una dichiarazione unica in originale nel quale si evince tutto il percorso formativo dell'allievo.*

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 _____

Coordinate Pagamento
Bonifico - Iban: **IT73 D076 0103 2000 0000 0756 007** intestato a S.I.Co. Società Italiana di Counseling
C/corrente postale: **756007** intestato a S.I.Co. Società Italiana di Counseling

Rev. 02.02.2021.2