S.I.Co. Società Italiana di Counseling

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 per l'iscrizione al Registro Italiano dei Counselor S.I.Co.

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 _____

docente della scuola o istituto di formazione _____

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

❒ 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. Fotocopie dei titoli conseguiti e delle certificazioni attestanti l'iter formativo.

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.

.

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