

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

MODULO DI RINNOVO ATTESTAZIONE DI QUALITA' E DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE DEI SERVIZI IN COUNSELING

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ provincia _____ il _____
residente in _____ provincia _____
indirizzo _____ CAP _____
domiciliata/o in (solo se diverso da residenza) _____ provincia _____
indirizzo _____ CAP _____
codice fiscale _____ partita IVA _____
telefono _____ Cell _____
email _____ Pec _____

***Iscritto al Registro di Counselor professionisti S.I.Co. al N° _____ chiede il rinnovo
dell'Attestato di Qualità e di Qualificazione Professionale dei Servizi in Counseling***

A tale fine allega alla presente:

- Curriculum professionale europeo
- Aggiornamento Professionale documentato - 90 ore
- Supervisione Professionale documentata - 30 ore
- Pratica professionale documentata (qualora si raggiungano 400 ore)

Per accedere al rinnovo è necessario essere in regola con i pagamenti associativi e assicurativi.

- 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 _____
email _____ web _____

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 - GDPR 679/2016 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 _____