

Domanda di riconoscimento Corso di Aggiornamento Professionale

Il sottoscritto: Cognome Nome

Nato a Prov Il

Residente in n° Cap.

Città Prov.

quale legale rappresentante della Scuola

con sede in(....) Via n°

Cod. Fisc. Part. IVA.....

Tel. Fax..... E-mail

***chiede che il suddetto Corso di Aggiornamento Professionale venga
riconosciuto presso la S.I.Co. Società Italiana di Counseling***

Titolo:

A tale proposito si allega alla presente:

- ☐ Scheda CAS-01/22
- ☐ Stampati e depliant usati per la divulgazione tra il pubblico
- ☐ Versamento quota per Riconoscimento e Promozione € 50,00

Avendo preso visione dei criteri di riconoscimento, dichiara sotto la propria responsabilità di condividerli e si impegna a rispettarli e a farli rispettare nelle possibili sedi delle quali si rende garante; tutto ciò è richiesto a tutela di una adeguata formazione professionale dei counselor.

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.

Firma

Autorizzo inoltre la promozione del corso di aggiornamento sul sito istituzionale S.I.Co. e sui social media. I miei diritti in relazione al trattamento, sono quelli previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e Regolamento Privacy Europeo (RGPD) n. 679/2016.

..... lì:

Firma

La promozione sarà resa pubblica il 1° di ogni mese. Pertanto la richiesta, unitamente ai sopra elencati documenti, deve pervenire tassativamente entro e non oltre il 15 del mese precedente, altrimenti saremo costretti per motivi tecnici a spostare la promozione al 1° del mese successivo.

Pagamenti

Bonifico - Iban: **IT08R0326831260052308308550** intestato a S.I.CO. Società Italiana di Counseling