

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO CORSO DI FORMAZIONE TRIENNALE IN COUNSELING

*Dati del rappresentante legale*

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_  
numero civico \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ in qualità di rappresentante legale dell'ente

*Dati dell'ente gestore*

ragione sociale \_\_\_\_\_  
 società  associazione  cooperativa  altro \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_  
provincia \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
numero civico \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
partita IVA \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
fax \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
eMail \_\_\_\_\_ eMail PEC \_\_\_\_\_  
sito web \_\_\_\_\_

*Dati sede operativa se diversa da quella legale*

ragione sociale o brand \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_  
provincia \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
numero civico \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
fax \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
eMail \_\_\_\_\_ eMail PEC \_\_\_\_\_  
sito web \_\_\_\_\_

CHIEDE

il riconoscimento del corso di formazione in counseling denominato \_\_\_\_\_  
per  la sede principale  la sede periferica di \_\_\_\_\_

A TAL FINE DICHIARA

- di aver preso visione e di condividere in ogni sua parte lo Statuto di AssoCounseling
- di aver preso visione e di condividere in ogni loro parte i regolamenti R01, R06 e relativi allegati
- di aver preso visione e di condividere in ogni sua parte la "Carta dei valori delle scuole e degli istituti di formazione" D13

|                |            |   |            |                  |        |
|----------------|------------|---|------------|------------------|--------|
| ASSOCOUNSELING |            | DOMANDA DI RICONOSCIMENTO CORSO FORMAZIONE COUNSELING M01 |            |                  |        |
| DATA EMISSIONE | 09/07/2009 | DATA REVISIONE  | 28/06/2023 | INDICE REVISIONE | REV. 7 |

A TAL FINE ALLEGA

- copia di un documento di identità (fronte/retro) in corso di validità del rappresentante legale
- copia atto costitutivo e statuto
- visura camerale se società
- allegato al regolamento R01 compilato in ogni sua parte (file R01allegato.doc)
- curriculum vitae integrali in formato Pdf di tutti i docenti
- curriculum vitae integrale in formato Pdf del direttore didattico
- copia delle convenzioni dei tirocini attivati
- logo dell'ente in formato ad alta risoluzione (jpg, png, tiff, psd, etc.)
- copia del versamento di euro 350,00 su c/c bancario IT 54 R 02008 02817 000401198625 a titolo di adesione anno in corso

Data

Timbro e firma

\_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre di essere informato che ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (GDPR) i dati richiesti saranno utilizzati solo per i fini istituzionali previsti dallo Statuto di AssoCounseling e che gli interessati possono avvalersi di quanto previsto dagli articoli 7 e 15-22 del GDPR. L'informativa integrale è pubblicata sul sito [www.assocounseling.it](http://www.assocounseling.it) Il sottoscritto autorizza espressamente AssoCounseling al trattamento dei propri dati personali.

Timbro e firma

\_\_\_\_\_

|                |            |   |            |                  |        |
|----------------|------------|---|------------|------------------|--------|
| AssoCOUNSELING |            | DOMANDA DI RICONOSCIMENTO CORSO FORMAZIONE COUNSELING M01 |            |                  |        |
| DATA EMISSIONE | 09/07/2009 | DATA REVISIONE  | 28/06/2023 | INDICE REVISIONE | REV. 7 |