

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

AssoCOUNSELING		DOMANDA DI RICONOSCIMENTO CORSO FORMAZIONE COUNSELING M01			
DATA EMISSIONE	09/07/2009	DATA REVISIONE	19/11/2015	INDICE REVISIONE	REV. 5

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 D. Lgs. 196/03 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 artt. 7, 8, 9, 10 D. Lgs. 196/03 (Diritti dell'interessato). Il sottoscritto autorizza espressamente AssoCounseling al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03.

Timbro e firma

AssoCOUNSELING		DOMANDA DI RICONOSCIMENTO CORSO FORMAZIONE COUNSELING M01			
DATA EMISSIONE	09/07/2009	DATA REVISIONE	19/11/2015	INDICE REVISIONE	REV. 5