

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO CORSO PER SUPERVISORI

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ provincia _____
residente in _____ provincia _____
indirizzo _____
numero civico _____ C.A.P. _____ in qualità di rappresentante legale dell'ente denominato _____
con sede legale in _____
provincia _____ indirizzo _____
numero civico _____ C.A.P. _____ codice fiscale _____
partita IVA _____ telefono _____
fax _____ cellulare _____
eMail _____ eMail PEC _____
sito web _____

CHIEDE

il riconoscimento del corso per supervisori in Counseling denominato _____

A TAL FINE DICHIARA

di aver preso visione e di rispettare tutti i criteri previsti dal regolamento R16

A TAL FINE ALLEGA ALLA PRESENTE

- copia di un documento di identità (fronte/retro) in corso di validità del rappresentante legale
- copia del pagamento della quota di 350,00 euro da effettuarsi tramite bonifico bancario sulle seguenti coordinate: IT 54 R 02008 02817 000401198625 (solo se è la prima volta che si chiede il riconoscimento di un corso)
- copia dell'atto costitutivo e dello statuto (solo se è la prima volta che si chiede il riconoscimento di un corso)
- allegato al regolamento R16 compilato in ogni sua parte (file R16allegato.doc)
- curricula integrali dei docenti del corso in formato pdf
- logo della struttura in formato jpg o tiff (solo se è la prima volta che si chiede il riconoscimento di un 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 PER SUPERVISORI M16		
DATA EMISSIONE	17/04/2014	DATA REVISIONE	21/09/2015	INDICE REVISIONE	REV. 3