

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO CORSO DI FORMAZIONE IN ABILITÀ DI COUNSELING

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 _____ sito web _____

CHIEDE

il riconoscimento del corso di formazione in abilità di counseling denominato _____

A TAL FINE DICHIARA

di aver preso visione e di rispettare i criteri previsti dal regolamento R21

A TAL FINE ALLEGA ALLA PRESENTE

- copia di un documento di identità (fronte/retro) in corso di validità del rappresentante legale (solo se è la prima volta che si chiede il riconoscimento di un corso)
- copia del versamento di euro 350,00 su c/c bancario IT 54 R 02008 02817 000401198625 a titolo di adesione anno in corso (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)

E ALLEGA PER EMAIL (riconoscimentocorsi@assocounseling.it)

- allegato al regolamento R21 compilato in ogni sua parte (file R21 allegato.doc)
- curriculum integrali dei docenti del corso in formato pdf
- copia dell'atto costitutivo e dello statuto (solo se è la prima volta che si chiede il riconoscimento di un corso)
- 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 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 Il sottoscritto autorizza espressamente AssoCounseling al trattamento dei propri dati personali.

Timbro e firma

ASSOCOUNSELING		DOMANDA DI RICONOSCIMENTO CORSO ABILITÀ DI COUNSELING M21			
DATA EMISSIONE	09/12/2019	DATA REVISIONE	\	INDICE REVISIONE	REV. 0