

RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO ITALIANO DEI PROFESSIONISTI CON ABILITÀ DI COUNSELING
(compilare in ogni sua parte in stampatello – leggere bene tutte le note)

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ provincia _____ il _____
residente in _____ provincia _____
indirizzo _____ numero civico _____ CAP _____
domiciliato in (solo se diverso da residenza) _____ provincia _____
indirizzo _____ numero civico _____ CAP _____
codice fiscale _____ partita IVA _____
telefono _____ fax _____
cellulare _____ eMail _____
eMail PEC _____

Dati pubblici che compariranno on line¹ ← (leggere con attenzione la nota)

Eventuale denominazione se diversa dal nome² (max 30 car.) _____

indirizzo studio _____ numero civico _____
C.A.P. _____ città _____ provincia _____
telefono _____ fax _____
cellulare _____ skype _____
eMail _____ eMail PEC _____
sito web _____
Facebook³ <https://www.facebook.com/> _____
LinkedIn⁴ <https://it.linkedin.com/in/> _____
Twitter⁵ <https://twitter.com/> _____
Instagram⁶ <https://www.instagram.com/> _____

CHIEDE

l'iscrizione per l'anno 20__ al Registro Italiano dei Professionisti con Abilità di Counseling di AssoCounseling.
Consapevole delle sanzioni penali previste dal D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

A TAL FINE DICHIARA

- di svolgere una professione di cui all'art. 2, comma 4 del Regolamento R22
 di svolgere in forma prevalente e/o continuativa la professione di _____
dal ____/____/____ presso libera professione dipendente ente privato dipendente ente pubblico altro
 di essere in regola con l'eventuale obbligo di aggiornamento permanente relativo alla propria professione
 di non aver riportato condanne penali passate in giudicato per delitti inerenti all'esercizio della propria professione
 di non essere a conoscenza di procedimenti penali a proprio carico per imputazioni inerenti all'esercizio della propria professione

¹ Qualora questi campi vengano lasciati vuoti il nominativo del socio on line comparirà affiancato solo dal comune di residenza senza alcun altro riferimento (telefoni, indirizzi, email, etc.).
² Eventuale denominazione della propria attività se diversa dal nome (ad esempio "Studio di ..." o "Centro X Y").
³ Attenzione: max 40 caratteri. E occorre comunicare un profilo univoco nella forma <https://www.facebook.com/nomeutente>
⁴ Attenzione: max 40 caratteri. E occorre comunicare un profilo univoco nella forma <https://it.linkedin.com/in/nomeutente>
⁵ Attenzione: max 40 caratteri. E occorre comunicare un profilo univoco nella forma <https://twitter.com/nomeutente>
⁶ Attenzione: max 40 caratteri. E occorre comunicare un profilo univoco nella forma <https://www.instagram.com/nomeutente>

AssoCounseling			Richiesta di Iscrizione Professionisti con Abilità di Counseling M22				
Data Emissione	01/01/2021	Data Revisione	27/07/2021	Indice Revisione	Rev. 2	Pag.	1 di 2

A TAL FINE ALLEGA **IN FORMATO PDF**

(spuntare solo le caselle dei documenti che si inviano)

- copia di un documento di identità⁷ (fronte/retro) in corso di validità
- copia del proprio titolo di studio
- copia della/e certificazione/i attestante/i la formazione in abilità di counseling contenente le ore, le materie e tutte le attività svolte
- curriculum vitae et studiorum
- ricevuta di versamento di euro 60,00 su c/c bancario IT 54 R 02008 02817 000401198625 intestato ad AssoCounseling con causale "Nome e cognome + quota iscrizione anno _____"

ALLEGA INOLTRE

(all'indirizzo segreteria@assocounseling.it)

- (opzionale) fotografia in formato digitale⁸ (formati: jpeg, gif, tif, png, bmp, psd)

DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione e di condividere in ogni sua parte lo Statuto e il Codice Deontologico di AssoCounseling
- di aver preso visione e di condividere in ogni loro parte tutti i regolamenti interni di AssoCounseling
- di essere a conoscenza che la quota sociale è da intendersi per l'anno in corso con validità fino al 31/12
- che i documenti inviati in allegato alla presente sono conformi agli originali
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ad AssoCounseling qualunque tipo di variazione dovesse intervenire in merito a quanto sin qui dichiarato

Data

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.

Firma

Autorizzo AssoCounseling alla pubblicazione dei miei dati professionali sul sito web dell'associazione nella sezione "Elenco degli iscritti" e/o "Cerca un socio" e/o "Elenco dei professionisti con abilità di counseling".

Firma

⁷ Carta di identità, passaporto, patente, porto d'armi.

⁸ La fotografia inviata sarà pubblicata on line sulla scheda del socio.

AssoCounseling			Richiesta di Iscrizione Professionisti con Abilità di Counseling M22				
Data Emissione	01/01/2021	Data Revisione	27/07/2021	Indice Revisione	Rev. 2	Pag.	2 di 2