

DOMANDA DI CANCELLAZIONE / DIMISSIONI VOLONTARIE

Cessazione del rapporto associativo ai sensi dell'art. 6 dello Statuto di AssoCounseling

1. DATI DELL'ISCRITTO

NOME E COGNOME	_____	NUMERO DI ISCRIZIONE	A _____
CODICE FISCALE	_____		

2. DIMISSIONI E RICHIESTA DI CANCELLAZIONE

COMUNICO le mie dimissioni volontarie da AssoCounseling e **CHIEDO** la cancellazione dalla compagine associativa e dal Registro Italiano dei Counselor di AssoCounseling.

3. DICHIARAZIONI DI CONSAPEVOLEZZA

DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE che, con il perfezionamento della cancellazione:

- perdo la qualifica di socia/socio di AssoCounseling;
- vengo cancellata/o dal Registro Italiano dei Counselor di AssoCounseling;
- perdo l'anzianità di iscrizione maturata;
- l'Attestato di qualità e di qualificazione professionale dei servizi rilasciato da AssoCounseling viene annullato;
- le coperture assicurative stipulate in convenzione con AssoCounseling vanno a decadere;
- i benefici derivanti da eventuali convenzioni a cui ho aderito andranno a decadere.

ATTENZIONE: la cancellazione non equivale alla semplice rinuncia ai servizi associativi: comporta la cessazione della posizione associativa e professionale detenuta presso AssoCounseling.

DICHIARO ALTRESÌ DI ESSERE CONSAPEVOLE che un'eventuale futura richiesta di iscrizione ad AssoCounseling sarà valutata sulla base dei requisiti, delle condizioni e delle procedure vigenti al momento della presentazione della nuova domanda.

4. QUOTA SOCIALE

DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE che, se la presente domanda è presentata dopo il 31 marzo, sono tenuta/o al versamento della quota sociale relativa all'anno in corso, ai sensi dell'art. 4, comma 2, del Regolamento amministrativo R04.

☐ Se dovuta, dichiaro di essere in regola con il versamento della quota sociale dell'anno in corso.

ATTENZIONE: il mancato pagamento della quota sociale non costituisce una richiesta implicita di dimissioni o cancellazione.

5. DOCUMENTO ALLEGATO

☐ Copia di un documento di identità in corso di validità.

LUOGO E DATA

FIRMA DELLA PERSONA RICHIEDENTE
(apponi la firma in questo spazio)

_____/____/____



ASSOCOUNSELING	DATA EMISSIONE	DATA REVISIONE	INDICE REVISIONE	DOCUMENTO
M25	23/09/2026	\	0	DIMISSIONI / CANCELLAZIONE

DOMANDA DI CANCELLAZIONE / DIMISSIONI VOLONTARIE

Istruzioni

Per la firma: apponi l'immagine della tua firma (es. inserisci firma elettronica di Acrobat Reader) oppure firma direttamente il documento con uno strumento idoneo (es. strumento traccia di Chrome).

Per la trasmissione: invia la domanda, firmata e accompagnata dalla copia di un documento di identità valido, mediante un mezzo avente valore probatorio: PEC a segreteria@pec.assocounseling.it, fax al n. 02 700 59 884 oppure raccomandata A/R ad AssoCounseling. Via Giotto 3 - 50121 Firenze (FI).

Riferimenti: Statuto di AssoCounseling, art. 6; Regolamento amministrativo R04, art. 4, comma 2; disposizioni associative in materia di cancellazione.

ASSOCOUNSELING	DATA EMISSIONE	DATA REVISIONE	INDICE REVISIONE	DOCUMENTO
M25	23/09/2026	\	0	DIMISSIONI / CANCELLAZIONE