

RICHIESTA ATTRIBUZIONE NUOVI AMBITI E/O SPECIALIZZAZIONI

La/il sottoscritta/o _____
iscritta/o ad AssoCounseling con il numero A _____ e in possesso di un valido e non scaduto *Attestato di qualità e di qualificazione professionale dei servizi* ai sensi dell'art. 4 della L. 4/2013 per il livello ☐ Professional Counselor ☐ Professional Advanced Counselor ☐ Supervisor Counselor ☐ Trainer Counselor, con la presente

CHIEDE

l'attribuzione del/i seguente/i:

ATTENZIONE: NON BARRARE AMBITI E/O SPECIALIZZAZIONI GIÀ ATTRIBUITE

Ambito/i:

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| ☐ Benessere personale e relazionale | ☐ Educativo-scolastico | ☐ Emergenza |
| ☐ Giuridico | ☐ Lavoro-organizzazioni | ☐ Migratorio |
| ☐ Salute | ☐ Sociale | ☐ Spirituale |
| ☐ Sport | ☐ Svincolo | |

Specializzazione/i:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Coaching | ☐ C. intergenerazionale | ☐ C. per l'orientamento professionale |
| ☐ C. a mediazione corporea | ☐ C. LGBTQ+ | ☐ C. per l'orientamento scolastico |
| ☐ C. comunitario | ☐ C. medico | ☐ C. perinatale |
| ☐ C. criminologico | ☐ C. narrativo-autobiografico | ☐ C. psicologico |
| ☐ C. di carriera | ☐ C. nelle dipendenze | ☐ C. sessuologico |
| ☐ C. di coppia | ☐ C. nutrizionale | ☐ C. socio-assistenziale |
| ☐ C. di fine vita | ☐ C. on line | ☐ C. socio-lavorativo |
| ☐ C. di gruppo | ☐ C. organizzativo | ☐ C. socio-sanitario |
| ☐ C. espressivo-artistico | ☐ C. ospedaliero | ☐ C. telefonico |
| ☐ C. familiare-genitoriale | ☐ C. pastorale | ☐ C. transpersonale |
| ☐ C. filosofico | ☐ C. pedagogico | ☐ Ecocounseling |
| ☐ C. grafologico | ☐ C. per il sostegno nelle malattie | ☐ Etocounseling. |
| ☐ C. in psicomotricità | ☐ C. per la balbuzie | ☐ Expat C. |
| ☐ C. infermieristico | ☐ C. per la disabilità | ☐ Life coaching |
| ☐ C. interculturale | ☐ C. per la gestione del lutto | |

E A TAL FINE ALLEGA

copia di tutta la documentazione che ritiene utile a sostegno della richiesta fatta:

☐ attestati/diplomi/certificati relativi a formazione specifica

☐ attestati/certificati del datore di lavoro e/o committente

☐ altro _____

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

AssoCounseling			Attribuzione ambiti e specializzazioni M18				
Data Emissione	26/09/2014	Data Revisione	29/06/2026	Indice Revisione	Rev. 10	Pag.	2 di 2