

## RICHIESTA DI RINNOVO DEL CERTIFICATO DI COMPETENZA IN COUNSELING

Il/La sottoscritto/a Cognome Nome .....

Nato a: ..... li: .....

Residente a: ..... Cap. .... Prov. ....

Via/Piazza: ..... n° ..... Tel. ....

C.F. .... Cittadino: .....

Iscritto al Registro Italiano dei Counselor della S.I.Co. con N° ..... chiede il rinnovo del Certificato di Competenza in Counseling.

### A TALE RIGUARDO DICHIARA

Di aver effettuato il proprio aggiornamento professionale presso: ..... per ..... ore. (Allega certificazione ovvero copia autenticata)

Di aver effettuato il proprio aggiornamento professionale presso: ..... per ..... ore. (Allega certificazione ovvero copia autenticata)

Di aver effettuato ...

Per un totale di ..... ore.

Di aver effettuato ..... ore di supervisione professionale presso ..... Ovvero con il Dr. ....

(Allega certificazione, ovvero copia autenticata)

Allega:

N° .... Certificazioni di aggiornamento professionale

N° .... Certificazioni di supervisione professionale o didattico-professionale

Iscrizione IVA

Iscrizione IVA n° 86.90.29 con definizione Attività professionale svolta da counselor - Ambito Servizi Socio Sanitari

Modello ..... della dichiarazione dei redditi

Certificazione comprovante l'attività professionale in counseling come dipendente presso un ente pubblico o privato (scuola, azienda o centro di formazione);

Atto notorio (Modello R1)

Lettera/e di incarico con evidenziato il trattamento economico;

Assicurazione RCT Professionale.

Altro .....

Non presenta copia dell'Assicurazione perché come risulta dal certificato di servizio presta la sua attività presso un ente provvisto di assicurazione RCT professionale specifica per i counselor nei confronti dei clienti.

In Fede  
Il/La dichiarante

Data

(Art. 21 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Da produrre ai soggetti diversi dagli organi della Pubblica Amministrazione o Gestori di servizi pubblici che accettano le disposizioni del testo unico in materia di documentazione amministrativa.

Il/La sottoscritto/a Cognome Nome .....

Nato a: ..... li: .....

Residente a: ..... Cap. .... Prov. ....

Via/Piazza: ..... n° ..... Tel. ....

C.F. .... Cittadino: .....

Consapevole delle conseguenze di una dichiarazione falsa o mendace art. 75-76 del D.P.R. n° 445/2000 e art.483, 495 e 496 del Codice penale

## DICHARA

Di non svolgere l'attività di counseling.

Di svolgere l'attività di counseling in forma saltuaria o occasionale.

Di svolgere l'attività di counseling in forma prevalente o continuativa.

Di svolgere attività clinica oltre all'attività di Counselor Training Didatta o di Counselor Trainer Managers.

(Mettere una x nei quadrati di propria competenza).

Di non incorrere in nessuna delle sottoindicate situazioni :

- aver ricevuto sospensione o divieto di esercizio di attività professionale disposti dalla legge;
- aver ricevuto l'interdizione temporanea o perpetua dai pubblici uffici;
- aver ricevuto provvedimento di rinvio a giudizio o atto equivalente per un reato connesso con l'esercizio della professione ovvero commesso in occasione dell'esercizio della professione.
- aver ricevuto condanna ad una pena inferiore a due anni se per reati dolosi o superiore a due anni se per reati colposi, ovvero ad una pena alternativa;
- essere sottoposto/a a misura cautelare o misura di sicurezza personale;
- di essere stato ricoverato in ospedale psichiatrico giudiziario;
- di essere stato assegnato ad una colonia agricola o ad una casa di lavoro o ad una casa di cura e di custodia ex Art. 219 c.p.
- di aver ricevuto ordinanza di convalida di fermo o dell'arresto;
- di aver ricevuto rinvio a giudizio o atto equivalente per reati diversi da quelli previsti nel paragrafo precedente;
- di aver avuto comportamenti contrari agli interessi della S.I.Co.;

In Fede  
Il/La dichiarante

**AUTENTICAZIONE DELLA SOTTOSCRIZIONE**

Ai sensi dell'Art. 21, D.P.R. 445 del 28/12/2000, attesto che la sottoscrizione della sovraestesa dichiarazione è stata esposta in mia presenza dal dichiarante, identificato previa esibizione di .....  
N° ..... Rilasciato il ..... Da .....

Luogo e data

Il Funzionario incaricato  
(Cognome, nome e qualifica)

La firma deve essere autenticata da un notaio, cancelliere, segretario comunale, dal dipendente addetto a ricevere la documentazione o altro dipendente incaricato dal Sindaco; il pubblico ufficiale attesta che la sottoscrizione (firma) è stata apposta in sua presenza, previo accertamento dell'identità del dichiarante, indicando le modalità di identificazione, la data e il luogo di autenticazione, il proprio cognome, nome, la qualifica rivestita, nonché apponendo la propria firma e il timbro dell'ufficio.