

Viale della Grande Muraglia n. 145 - 00144 ROMA (RM) tel 06 45491064 fax 06 83391706 email: segreteria.sico@gmail.com

**MODULO DI ISCRIZIONE – ABILITA' DI COUNSELING**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
 nata/o a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
 domiciliata/o in (solo se diverso da residenza) \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Titolo di studio	Professione
Ordine Professionale iscrizione N. _____ .....	Ambito
Scuola di Counseling	Volontariato
Progetti presentati	

indirizzo Studio (facoltativo) \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_ p. Iva \_\_\_\_\_  
 telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
 email \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, Regolamento Privacy Europeo (RGPD)n.° 679/2016 “Codice in materia del trattamento dei dati personali” e relativi aggiornamenti a tutela della privacy, autorizzo la S.I.Co. ad utilizzare i miei dati personali per le necessarie funzioni di informazione e gestione dati, sia in forma cartacea, che a livello informatico.

Firma

.....

- Autorizzo  
 Non autorizzo  
 la pubblicazione dei miei dati professionali sul sito web S.I.Co. (Compilare la sezione di interesse)

Nome - Cognome - Studio (facoltativo) \_\_\_\_\_  
 indirizzo Studio \_\_\_\_\_  
 telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
 email \_\_\_\_\_ web \_\_\_\_\_  
 Data: ..... Firma .....

**Chiede di essere iscritto alla S.I.Co. - Società Italiana di Counseling  
 e di poter sostenere l'esame valutativo**

**per l'iscrizione al Registro Italiano dei Counselor S.I.Co. – Elenco Abilità di Counseling**

Viale della Grande Muraglia n. 145 - 00144 ROMA (RM) tel 06 45491064 fax 06 83391706 email: segreteria.sico@gmail.com

A tale riguardo dichiara di aver letto lo statuto ed il regolamento interno e condividere gli scopi dell'Associazione.

Documentazione da allegare alla presente domanda:

1. Curriculum vitae europeo
2. Fotocopia fronte e retro documento di riconoscimento e Codice Fiscale
3. Diploma scuola media superiore quinquennale o laurea
4. Informativa sulla privacy firmata (in originale)
5. Copia della ricevuta di versamento della quota associativa annuale [S.I.Co.](#)
6. Certificazione attestante 150 ore di formazione in Abilità di Counseling
7. Certificazione attestante 30 ore di Supervisione Didattica
8. Programma del corso
9. Modello RA (in originale) – Dichiarazione sostitutiva di notorietà con firma autenticata in comune. *(Il modello deve essere compilato con i dati e la descrizione di tutti i documenti presentati).*

*Per i (punti 6, 7, 8) la Scuola di Counseling frequentata, può emettere una dichiarazione unica in originale nel quale si evince tutto il percorso formativo dell'allievo.*

**Importante:** si fa presente che la documentazione richiesta dovrà essere obbligatoriamente accompagnata dal Modello RA (stampabile anche dal sito web S.I.Co. – Modulistica).

Seguirà Regolamento convocazione Esame.

Alla notifica del superamento dell'esame, verrà inviata polizza assicurativa da compilare e restituire con allegato la ricevuta dell'avvenuto pagamento.

Qualora se ne disponesse di una propria, è sufficiente inviarne copia, sia dell'originale che della quietanza stessa, senza effettuare il pagamento dell'assicurazione a S.I.Co.

Data: .....

Firma

.....

**Inviare questo modello in originale via posta**

**Coordinate Pagamenti**

Bonifico - Iban: **IT73 D076 0103 2000 0000 0756 007** intestato a [S.I.Co.](#) Società Italiana di Counseling  
C/corrente postale: **756007** intestato a [S.I.Co.](#) Società Italiana di Counseling