

MODULO DI ISCRIZIONE DOCENTI SCUOLA o ISTITUTO DI FORMAZIONE

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 _____
codice fiscale _____ p. Iva _____
telefono _____ fax _____ cell _____
email _____ Pec _____

Titolo di studio		Professione
Ordine Professionale	N. iscrizione	Ambito
Scuola di Counseling		
Indirizzo Scuola		

**In qualità di Docente della Scuola
Chiede di essere iscritto alla S.I.Co. - Società Italiana di Counseling**

Pag. 1

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 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 di entrata in [S.I.Co.](#)
6. Diploma triennale di counseling (minimo 375 ore di formazione in aula)
7. Programma dettagliato del corso
8. Certificazione delle ore di percorso personale:
 - a. Minimo 50 ore individuale
 - b. Oppure 25 ore individuale + 50 ore di gruppo
 - c. Oppure 100 ore di gruppo
9. Certificazione della supervisione didattica (minimo 70 ore)
10. Certificazione del tirocinio (minimo 150 ore)
11. 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).*

Mod. IDOC/20

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

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

Alla notifica dell'iscrizione, 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 per verifica della copertura, sia dell'originale che della quietanza stessa.

Data:

Firma

.....

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

Coordinate Pagamenti

Bonifico - Iban: **IT73 D076 0103 2000 0000 0756 007** intestato a [S.I.Co.](http://www.sicoitalia.it) Società Italiana di Counseling

C/corrente postale: **756007** intestato a [S.I.Co.](http://www.sicoitalia.it) Società Italiana di Counseling