



con i  
Counselor  
per il  
Counseling

---

## DOMANDA DI ISCRIZIONE SUPERVISOR COUNSELOR

(ai sensi della Legge 4 Gennaio 2013 n. 4)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A	
NATO A	
PROV.	
CAP.	
IL ____ / ____ / ____	
CODICE FISCALE	
RESIDENTE IN	
VIA/PIAZZA	
NR. CIVICO	
TEL.	
CELL	
E-MAIL	
RECAPITO (da indicare solo se diverso dalla residenza)	

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO/A AL REGISTRO NAZIONALE DELLA FAIP COUNSELING  
QUALE SUPERVISOR COUNSELOR (Legge 4 Gennaio 2013 n. 4)

A tal riguardo, allega alla presente domanda:

- 1) Copia di documento di identità e Codice Fiscale
- 2) Diploma di Counseling;
- 3) Curriculum scientifico-professionale e documentazione attestante il possesso dei requisiti richiesti per la qualifica professionale di Supervisor Counselor;
- 4) Copia pagamento di € 250,00 per quota annuale FAIP Counseling (di cui € 200,00 per quota associativa ed € 50,00 per quota assicurazione professionale;



con i  
Counselor  
per il  
Counseling

5) Copia disposizione continuativa di addebito in conto corrente (postale o bancario) a favore di FAIP Counseling, da richiedere al proprio Istituto di Credito, sia esso banca o posta, del medesimo importo complessivo di euro 250,00, a cadenza anno solare rispetto alla propria data di iscrizione nel Registro dei Counselor.

#### **MODALITA' DI PAGAMENTO**

Bonifico bancario - Beneficiario: FAIP Counseling

Banca di appoggio: BANCA POPOLARE ETICA (filiale Roma)

Cod. IBAN n. IT 76 I 05018 03200 000000 21 7662

Cod. BIC (dall'estero): CCRTIT2TS4A

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 46 e 47 D.P.R. 28/12/ 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (art. 476 e ss c.p.) e delle leggi speciali in materia,

#### **DICHIARA**

che ha preso visione della documentazione relativa all'iscrizione al Registro Nazionale dei Counselor FAIP Counseling e accetta i termini e le condizioni ivi indicate e che le informazioni fornite nella domanda per la candidatura sono veritiere, corrette e quindi identificano la persona.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

FAIP COUNSELING ▪ Associazione Professionale (L. n.4/2013)

Via Carducci 83, 65122 Pescara (Italia) ▪ cell. (+39) 334 68.24.099 ▪ cell. (+39) 389 24.90.632

www.faipcounseling.it ▪ info@faipcounseling.it ▪ presidenza@faipcounseling.it ▪ faipcounseling@pec.it



con i  
Counselor  
per il  
Counseling

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
(D. Lgs. 30/06/2003 n. 196)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ai sensi del D. Lgs.n. 196 del 30/06/2003,

**AUTORIZZA**

FAIP COUNSELING al trattamento dei dati personali qui riportati.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_