



con i
Counselor
per il
Counseling

DOMANDA DI ISCRIZIONE/ RINNOVO COUNSELOR TRAINER

(ai sensi della Legge 14 Gennaio 2013 n. 4)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A	
NATO A	
PROV.	
CAP.	
IL ____ / ____ / ____	
CODICE FISCALE	
RESIDENTE IN	
PROV.	
CAP	
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 COUNSELOR TRAINER (Legge 14 Gennaio 2013 n. 4)

A tal riguardo, allega alla presente domanda:

- 1) Copia di documento di identità e Codice Fiscale
- 2) Diploma di Counseling; Certificazione degli Aggiornamenti
- 3) Curriculum scientifico-professionale e documentazione attestante il possesso dei requisiti richiesti per il rinnovo della qualifica professionale di Counselor Trainer;



con i
Counselor
per il
Counseling

- 4) Copia pagamento di € 200,00 per quota annuale FAIP Counseling (di cui € 150,00 per quota associativa ed € 50,00 per quota assicurazione professionale);
- 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 200,00, 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: B.P. Poste Italiane- PESCARA 2 V. Carducci,86 (65122)

Cod. IBAN : IT 38D0760115400001043933082

Cod. BIC (dall'estero): BPPIITRXXX

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

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Regolamento UE 2016/679)

a) il/la sottoscritto/a dichiara di averne compreso il contenuto dell'informativa soci e di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali finalizzato alla gestione delle attività non esercitabili in forma anonima e necessarie per consentire ai sottoscrittori la fruizione dei servizi offerti

Luogo e data _____ Firma _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di prestare il proprio specifico consenso scritto al trattamento dei dati per le ulteriori attività di marketing e profilazione ed in particolare per:

b) lo svolgimento di attività di marketing diretto, quali l'invio – anche tramite e-mail ed SMS – di materiale pubblicitario e di comunicazioni aventi contenuto informativo e/o promozionale in relazione ai prodotti o servizi forniti dal Titolare

Do il consenso Nego il consenso

Luogo e data _____ Firma _____