



federazione delle associazioni italiane di psicoterapia

REGISTRO NAZIONALE DEI COUNSELORS

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL REGISTRO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Il/la sottoscritto/a _____
COGNOME NOME

DATA DI NASCITA

COMUNE DI NASCITA

PROVINCIA

NAZIONE

CITTADINANZA

SESSO M F

CODICE FISCALE

PARTITA IVA

RESIDENZA

Via/Piazza

Num. Civico

C.a.p.

Comune

Provincia

RECAPITI TELEFONICI

FAX

E-MAIL

WEB

RECAPITO (da indicare SOLO se diverso dalla residenza):

Via/Piazza

Num. Civico

C.a.p.

Comune

Provincia

RECAPITI TELEFONICI

ESAME DI COUNSELOR sostenuto in data (o DIPLOMA se esterno alla FAIP)

presso l'Ente

Eventuali specifiche _____



Allego alla presente domanda:

- 1) Curriculum scientifico-professionale;
- 2) Certificazione dell'attestazione di Counselor o del verbale d'esame;
- 3) Copia pagamento quota associativa annuale F.A.I.P. (60 euro);
- 4) Copia pagamento polizza assicurativa propria per responsabilità civile o copia pagamento quota adesione alla polizza assicurativa collettiva F.A.I.P. (20 euro)
- 5) Copia dell'ordine annuale di versamento da effettuare tramite proprio conto corrente (postale o bancario) a favore della F.A.I.P. da richiedere alla propria banca con un bonifico permanente :
L'ordine deve avere cadenza il 30 Gennaio di ogni anno, con beneficiario F.A.I.P. UNIPOL Banca,
Via Adige, 58100 Grosseto, numero: IT 72 F 03127 14302 CC 1830001539.

La F.A.I.P si riserva di non procedere all'iscrizione nell'elenco del Cnel nel caso in cui non sia in possesso del versamento della quota annuale di riferimento e di uno dei documenti di cui al punto 5.

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO/A AL REGISTRO NAZIONALE DEI COUNSELORS F.A.I.P.

data _____

(firma) _____



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
Artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445

Il/la sottoscritto/a _____
consapevole del fatto 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 Counselors F.A.I.P. 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

.....

.....

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
L. 675/96

Il/la sottoscritto/a _____ ai sensi della legge
675/96

AUTORIZZA

la F.A.I.P. al trattamento dei dati personali qui riportati.

luogo e data

firma

.....

.....