

RICHIESTA DI ISCRIZIONE AD ASCO DELL'ENTE

Compilare in ogni parte in stampatello

La/Il sottoscritta/o

Nata/o a il Comune Provincia

Residente in via/piazza n°

Comune Provincia CAP

In qualità del rappresentante legale dell'ente

..... ragione sociale

Con sede legale in via/piazza n°

Comune Provincia CAP

Partita IVA Codice Fiscale

Recapiti telefonici Tel. Cell.

Fax

Indirizzi di posta elettronica PEC

Sito web

Dati sede operativa se diversa da quella legale:

Con sede in via/piazza n°

Comune Provincia CAP

Recapiti telefonici Tel. Cell.

Fax

Indirizzi di posta elettronica PEC

Sito web

Dati eventuale sede periferica:

Con sede in via/piazza n°

Comune Provincia CAP

Partita IVA Codice Fiscale

Recapiti telefonici Tel. Cell.

Fax

Indirizzi di posta elettronica PEC

Sito web

**chiede l'iscrizione ad ASCo Associazione Scuole Counseling e
dichiara di aver preso visione e di condividere lo Statuto di ASCo.**

Dichiara di allegare alla presente:

- copia di un documento di identità (fronte/retro) in corso di validità Rappresentante Legale;
- copia di un curriculum vitae (in formato pdf) del Rappresentante Legale;
- documenti comprovanti la forma giuridica dell'ente (atto costitutivo per le associazioni, o registrazione nel registro delle imprese in caso di società);
- copia del pagamento di € 120,00 su c/c bancario della Cassa di Risparmio di Cento
IBAN: IT72 X061 1513 0000 0000 0010 914 a titolo di quota sociale ad ASCo per l'anno in corso.

Dichiara inoltre:

- Denominazione completa del proprio Corso Triennale di Counseling

.....
.....

- Nome, cognome e recapiti del referente/responsabile didattico

Recapiti telefonici Tel..... Cell.....

Indirizzo di posta elettronica

- Associazione professionale di categoria appartenente a FederCounseling che ha riconosciuto il corso

- | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> AICo | <input type="checkbox"/> ANCoRe | <input type="checkbox"/> AProCo | <input type="checkbox"/> AssoCounseling |
| <input type="checkbox"/> FAIP Counseling | <input type="checkbox"/> REICO | <input type="checkbox"/> SICOOI | <input type="checkbox"/> altro specificare..... |

Codice riconoscimento del corso.....

Luogo e data

Timbro e firma

Dichiaro inoltre di essere informato che ai sensi del D. Lgs. 196/03 i dati richiesti saranno utilizzati solo per i fini istituzionali previsti dallo statuto di A.S.Co. e che gli interessati possono avvalersi di quanto previsto dagli artt. 7, 8, 9, 10 D. Lgs. 196/03 (Diritti dell'interessato). La/il sottoscritta/o autorizza espressamente A.S.Co. al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03.

Timbro e firma