

RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL CNCP e ACP SECONDO LIVELLO

AL CONSIGLIO DIRETTIVO ACP ITALIA PIAZZA VITTORIO EMANUELE II, 99 00185 ROMA

Io sottoscritto (cognome e nome) _____

nato a (città, provincia) _____ il (gg/mm/aaaa) ___/___/_____

residente in via _____

città (provincia) _____ CAP _____

Codice Fiscale _____

ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445 (dichiaro di conoscere espressamente le responsabilità di quanto riportato in questa dichiarazione)

DICHIARO

- di essere in possesso del seguente titolo di studio di scuola media superiore o diploma di laurea (specificare):

- di aver conseguito presso l'**Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona** l'attestato di Counsellor Professionista - Secondo livello

RICHIEDO QUINDI

- di essere iscritto/a al Coordinamento Nazionale Counsellor Professionisti (CNCP) con la qualifica di **Counsellor Professionista**
- di essere iscritto/a all'**Associazione Europea della Psicoterapia Centrata sul Cliente e dell'Approccio Centrato sulla Persona "Carl Rogers" (ACP)**

A TALE SCOPO ALLEGO

- Fotocopia della ricevuta di versamento della quota di iscrizione all'ACP.

_____, li _____ Firma _____

Esente da autentica L. 127 del 15/05/1997 e successive modifiche ed integrazioni.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi della normativa n.675/1996 e successive modifiche io sottoscritto autorizzo l'Associazione Europea della Psicoterapia Centrata sul Cliente e dell'Approccio Centrato sulla Persona "Carl Rogers" (ACP ITALIA) al trattamento dei miei dati personali. I dati in questione saranno utilizzati ai soli fini previsti dallo statuto dell'Associazione ACP ITALIA e per fini ad esso collegati. Autorizzo inoltre l'ACP ITALIA a trasmettere i miei dati sensibili all'associazione "Coordinamento Nazionale Counsellor Professionisti" (CNCP) per consentire la mia iscrizione a tale associazione.

_____, li _____ Firma _____