

DOMANDA DI RICONOSCIMENTO

Percorsi di Supervisione in Counselling

1. SOCIO RICHIEDENTE

Cognome e Nome del Socio:

2. PROFESSIONISTA SUPERVISORE

Cognome e Nome del Supervisore:

Qualifica professionale:

Sede legale / Domicilio professionale (Via, n., CAP, Città, Provincia):

Iscrizione ad albi / associazioni professionali (specificare):

Programma sintetico degli ambiti di supervisione

Durata di ogni sessione (ore)

Frequenza prevista

Ore totali del percorso

Modalità di supervisione:

☐ Individuale ☐ Gruppo ☐ Peer supervision strutturata

Modalità di erogazione:

☐ In presenza ☐ A distanza (video-call) ☐ Mista

8. DICHIARAZIONI DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che:

- ☐ le informazioni fornite sono veritiere e complete;
- ☐ il percorso proposto è conforme ai requisiti richiesti da A.Pro.Co. per il riconoscimento;
- ☐ si impegna a comunicare eventuali variazioni significative al percorso o al supervisore responsabile;
- ☐ autorizza A.Pro.Co. al trattamento dei dati personali ai soli fini istituzionali (D.Lgs. 196/2003 e GDPR 2016/679).

Luogo e data

Firma del richiedente / legale rappresentante

La presente domanda, debitamente compilata e firmata, dovrà essere inviata a A.Pro.Co. unitamente agli allegati indicati.

☐ Approvato ☐ Non approvato

Luogo e data

Firma di approvazione