

Spettabile
SICCOOL
Società Italiana Counselor e Operatore Olistico
Via Calisto da Iodi 3
20156 Milano

** **

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO

La sottoscritta Associazione _____

Nome e Cognome legale rappresentante _____

Indirizzo(associazione) _____ Cap _____

Località _____ Provincia _____

Regione _____

Telefono associazione _____ Fax _____

Altro/i tel. _____

e-mail _____ Sito _____

con la presente,

CHIEDE

di accreditare il proprio percorso di formazione in qualità di
scuola di formazione scuola di specializzazione singolo corso
riconosciuto in codesta libera associazione di categoria. Dichiaro altresì di essere a conoscenza
dello Statuto sociale e della Carta Etica e di accettarne e rispettarne le regole. Ricevuta
l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali, ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96,
consento al loro trattamento nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statuari.

....., li

.....
Legale rappresentante