

**Spett.le**  
S.I.C.O.OL.  
Società Italiana Counselor e Operatore Olistico

***Alla C.A. Consiglio Direttivo Nazionale***

## DOMANDA DI ACCREDITAMENTO

Il/La Sottoscritto/a .....

Associazione/Ditta .....

Legale rappresentante     Referente     Altro .....

Dati della Ditta/Associazione

Via /P.zza /V.le ..... N° .....

Cap ..... Località..... Prov. ....

Telefono .....

E-mail: .....

Sito web: .....

### DICHIARANDO

- di essere consapevole del carattere e delle finalità dell'Associazione Professionale di Categoria S.I.C.O.OL.;
- di aver preso visione e/o copia: dello Statuto Sociale, del Regolamento, del Codice Deontologico e della Carta Etica;
- di impegnarmi ad accettare e rispettare le norme che regolano l'Associazione S.I.C.O.OL. consapevole che le violazioni eventualmente contestate potranno comportare anche la perdita della qualità di socio.

### CHIEDO di ACCREDITARE

il Corso \_\_\_\_\_ n° ore \_\_\_\_\_

la Scuola di Specializzazione \_\_\_\_\_ n° ore \_\_\_\_\_

la Scuola di Formazione \_\_\_\_\_ n° ore \_\_\_\_\_

E ALLEGO LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

- in formato cartaceo
- in formato telematico

**Per il corso:**

- Presentazione e Programma del Corso

Materiale di presentazione

Materia

Totale ore

**Per le scuole (specializzazione e formazione)**

- Presentazione e Programma del Corso

Materiale di presentazione

Materie didattiche

Monte ore

Testi di riferimento

Curricula dei docenti o co-docenti.

Perché ho scelto di accreditare il mio corso/scuola in S.I.C.O.O.L. ?

---

---

**PRENDO ATTO**

- che ai fini del mantenimento dell'accreditamento, il versamento della quota dovrà effettuarsi ogni anno alla data che corrisponde all'iscrizione;

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.196/2003 autorizzo la S.I.C.O.O.L., al trattamento, conservazione, comunicazione e diffusione in Italia e all'estero dei propri dati personali per le finalità ed entro i limiti illustrati nell'informativa firmata e dallo statuto. Autorizzo la S.I.C.O.O.L. ad inviare comunicazioni al numero di cellulare ed all'indirizzo di e-mail sopra indicato.

DATA

---

FIRMA

---

**ESTREMI PER IL VERSAMENTO**

*Intestato a Società Italiana Counselor e Operatore Olistico (SICOOL)*

Monte dei Paschi di Siena

Agenzia 1 - Via dei Mille, 6 -Pavia -

Codice IBAN: IT 91 M 01030 11300 0000 6117 3843

Fa parte del Gruppo MONTEPASCHI:

- Banca Antonveneta (per il Trentino-Veneto-Friuli);
- BiverBanca (per il Piemonte e Valle d'Aosta).

*Per la domanda di accreditamento*

*Con causale: Accreditamento ..... (corso nome – scuola di formazione nome – scuola di specializzazione nome)*

**DOVE INVIARE**

La domanda con la firma, va inviata in formato telematico a

Segreteria Accreditamenti SICOOL

[accreditamento@sicool.it](mailto:accreditamento@sicool.it)

per qualsiasi informazione contattare

*Telefono 339.5928896*