

RICHIESTA ATTRIBUZIONE NUOVI AMBITI E/O SPECIALIZZAZIONI

La/il sottoscritta/o _____
iscritta/o ad AssoCounseling con il numero A |_|_|_|_| e in possesso di un valido e non scaduto *Attestato di qualità e di qualificazione professionale dei servizi* ai sensi dell'art. 4 della L. 4/2013 per il livello Professional Counselor Professional Advanced Counselor Supervisor Counselor Trainer Counselor, con la presente

CHIEDE

l'attribuzione del/i seguente/i:

ATTENZIONE: NON BARRARE AMBITI E/O SPECIALIZZAZIONI GIÀ ATTRIBUITE

Ambito/i:

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Benessere personale e relazionale | <input type="checkbox"/> Educativo-scolastico | <input type="checkbox"/> Emergenza |
| <input type="checkbox"/> Giuridico | <input type="checkbox"/> Lavoro-organizzazioni | <input type="checkbox"/> Migratorio |
| <input type="checkbox"/> Salute | <input type="checkbox"/> Sociale | <input type="checkbox"/> Spirituale |
| <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> Svincolo | |

Specializzazione/i:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coaching | <input type="checkbox"/> C. intergenerazionale | <input type="checkbox"/> C. per l'orientamento professionale |
| <input type="checkbox"/> C. a mediazione corporea | <input type="checkbox"/> C. LGBTQ+ | <input type="checkbox"/> C. per l'orientamento scolastico |
| <input type="checkbox"/> C. comunitario | <input type="checkbox"/> C. medico | <input type="checkbox"/> C. perinatale |
| <input type="checkbox"/> C. criminologico | <input type="checkbox"/> C. narrativo-autobiografico | <input type="checkbox"/> C. psicologico |
| <input type="checkbox"/> C. di carriera | <input type="checkbox"/> C. nelle dipendenze | <input type="checkbox"/> C. sessuologico |
| <input type="checkbox"/> C. di coppia | <input type="checkbox"/> C. nutrizionale | <input type="checkbox"/> C. socio-assistenziale |
| <input type="checkbox"/> C. di fine vita | <input type="checkbox"/> C. on line | <input type="checkbox"/> C. socio-lavorativo |
| <input type="checkbox"/> C. di gruppo | <input type="checkbox"/> C. organizzativo | <input type="checkbox"/> C. socio-sanitario |
| <input type="checkbox"/> C. espressivo-artistico | <input type="checkbox"/> C. ospedaliero | <input type="checkbox"/> C. telefonico |
| <input type="checkbox"/> C. familiare-genitoriale | <input type="checkbox"/> C. pastorale | <input type="checkbox"/> C. transpersonale |
| <input type="checkbox"/> C. filosofico | <input type="checkbox"/> C. pedagogico | <input type="checkbox"/> Ecocounseling |
| <input type="checkbox"/> C. grafologico | <input type="checkbox"/> C. per il sostegno nelle malattie | <input type="checkbox"/> Etocounseling. |
| <input type="checkbox"/> C. in psicomotricità | <input type="checkbox"/> C. per la balbuzie | <input type="checkbox"/> Life coaching |
| <input type="checkbox"/> C. infermieristico | <input type="checkbox"/> C. per la disabilità | |
| <input type="checkbox"/> C. interculturale | <input type="checkbox"/> C. per la gestione del lutto | |

E A TAL FINE ALLEGA

copia di tutta la documentazione che ritiene utile a sostegno della richiesta fatta:

- attestati/diplomi/certificati relativi a formazione specifica
 attestati/certificati del datore di lavoro e/o committente
 altro _____

Data

Firma

Dichiaro inoltre di essere informato che ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (GDPR) i dati richiesti saranno utilizzati solo per i fini istituzionali previsti dallo Statuto di AssoCounseling e che gli interessati possono avvalersi di quanto previsto dagli articoli 7 e 15-22 del GDPR. L'informativa integrale è pubblicata sul sito www.assocounseling.it Il sottoscritto autorizza espressamente AssoCounseling, al trattamento dei propri dati personali.

Firma

AssoCounseling			Attribuzione ambiti e specializzazioni M18				
Data Emissione	26/09/2014	Data Revisione	16/09/2025	Indice Revisione	Rev. 9	Pag.	2 di 2