



federazione delle associazioni italiane di psicoterapia

## COMMISSIONI DI ESAMI PER REGISTRO NAZIONALE COUNSELOR

### MODULO DI ADESIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA PROVINCIA

\_\_\_\_\_  
NAZIONE CITTADINANZA SESSO  M  F

\_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE PARTITA IVA

RESIDENZA \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ Num. Civico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
C.a.p. Comune Provincia

\_\_\_\_\_  
RECAPITI TELEFONICI

\_\_\_\_\_  
FAX E-MAIL WEB

IN QUALITA' DI \_\_\_\_\_

DELLA SCUOLA DI FORMAZIONE \_\_\_\_\_

SI DICHIARA DISPONIBILE PER SVOLGERE IL RUOLO DI COMMISSARIO DI ESAMI PER L'IDONEITA' A  
COUNSELOR PRESSO LE SCUOLE DI FORMAZIONE CONSOCIATE ALLA FAIP.