



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.