

**Al Presidente A.I.C.C.eF.  
Via Agostino Tolosano 60,  
48018 FAENZA**

**DOMANDA DI RICONOSCIMENTO  
DI UNA SCUOLA DI FORMAZIONE**

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il.....residente a ..... Cap..... in  
Via.....  
in qualità di legale rappresentante della Scuola di Formazione  
.....  
con sede in ..... CAP..... prov. .... Via/piazza  
.....Cod.Fisc.....,  
che svolge attività di formazione professionale in Consulenza familiare con sede in  
.....

Premesso

di aver letto attentamente il CODICE DI AUTOREGOLAMENTAZIONE DELLE SCUOLE DI FORMAZIONE IN CONSULENZA FAMILIARE ADERENTI ALL'A.I.C.C.e F., approvato a Bologna il 20 ottobre 2013, e di condividerne lo spirito e le indicazioni;

**chiede**

il riconoscimento della predetta Scuola di formazione, come sopra denominata, presso codesta rispettabile Associazione professionale e di considerare i corsi di formazione svolti come **qualificanti ai fini della professione di Consulente della Coppia e della Famiglia.**

A tal fine **impegna se stesso e la struttura che rappresenta:**

- a rispettare tutte le direttive contenute nel predetto CODICE DI AUTOREGOLAMENTAZIONE e le prescrizioni, in esso contenute, relative in particolare: al percorso formativo, allo staff docenti, al conduttore di TG, ai laboratori esperienziali, alla tutela dei discenti;
- a seguire le indicazioni che l'AICCeF volesse impartire ai fini del riconoscimento del Corso di Formazione svolto;
- a consentire alla Commissione nominata dal Consiglio Direttivo di verificare in qualsiasi momento l'andamento didattico;
- ad effettuare il versamento di € **100,00**, a codesta Associazione per le spese amministrative di riconoscimento.

**Allega alla presente domanda:**

- Curriculum della Scuola o dell'Ente di gestione.
- Elenco e curriculum dei Docenti delle lezioni teoriche e dei Conduttori dei

***Domanda di riconoscimento di una Scuola di formazione all'AICCeF, via A. Tolosano 60, 48018 Faenza***

laboratori esperienziali e TG.

- Linee programmatiche, contenuti, bibliografia adottata, regolamenti della Scuola.
- Numero degli studenti frequentanti e diplomati.
- Ricevuta del versamento di € **100** per le spese amministrative di accreditamento.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi della legge 196/03 (Legge sulla riservatezza dei dati personali) e successive modifiche e integrazioni, informato delle finalità del trattamento dei dati personali e delle modalità di tenuta e informatizzazione, nonché dei soggetti autorizzati al trattamento e responsabili degli stessi, io sottoscritto/a autorizzo la Vostra associazione al trattamento dei dati personali contenuti nel presente documento ai soli fini ivi descritti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_