******

**SCHEDA DI ADESIONE alla polizza di RC professionale**

 **dell’Associazione CNCP**

 **Dati anagrafici:**

nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 con la presente intendo aderire alla polizza di Responsabilità civile professionale stipulata da CNCP

 Luogo e data FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

La presente scheda deve essere sottoscritta ed invita a **info@counsellingcncp.org**, unitamente al numero di CRO o fotocopia del documento che certifica l’avvenuto pagamento effettuato a:

* **Associazione CNCP: Coordinamento Nazionale Counsellor Professionisti**
* **BANCA POPOLARE DI SONDRIO AG 11, VIA CARLO ALBERTO 6/A ROMA**
* **filiale: 054 ROMA AGENZIA 11**
* **IBAN: IT43 C056 9603 2000 0000 9175 X67**

**Si prega di compilare tutti i dati richiesti, necessari per la redazione del registro degli iscritti alla polizza di assicurazione, nonché alla spedizione della ricevuta di pagamento, quale attestazione della copertura assicurativa**.