



COMUNICAZIONE PUBBLICA  
ASSOCIAZIONE ITALIANA  
DELLA COMUNICAZIONE PUBBLICA  
E ISTITUZIONALE

## RICHIESTA DI ATTESTAZIONE PROFESSIONALE PER I SOCI ATTIVI

da compilare in tutte le sue parti e spedire, firmata per accettazione, a:

**Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica e Istituzionale**

Via Taramelli 12, 20124 Milano - tel/fax: 02 67100712

email: [compubblica@compubblica.it](mailto:compubblica@compubblica.it); [info@compubblica.it](mailto:info@compubblica.it)

**CHIEDO L'ATTESTAZIONE PROFESSIONALE (DI CUI ALL'ART. 7, LEGGE 4/2013, "DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PROFESSIONI NON ORGANIZZATE") PER L'ANNO \_\_\_\_\_**

**Informazioni professionali e personali che mi riguardano:**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

**solo se modificate nel corso dell'anno**

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Funzione professionale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo privato \_\_\_\_\_

CAP/Città/Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Altre partecipazioni ad Associazioni di comunicazione o Ordini professionali \_\_\_\_\_

Preferisco ricevere la corrispondenza  in ufficio  a casa

### DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Documentazione relativa ai crediti formativi \*

#### **se non ancora inviati:**

- Curriculum vitae (essenziale) aggiornato.
- Stato ufficiale di servizio oppure Determina di incarico
- Autocertificazione della funzione di comunicazione svolta nell'organizzazione dell'Ente o per l'Ente pubblico

**\* obbligatorio**

*Riconoscendomi nei requisiti di comunicatore pubblico previsti nello Statuto di "Comunicazione Pubblica – Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica e Istituzionale", confermo la richiesta di attestazione professionale così come previsto dalla L. 4/2013 all'art. 7, **impegnandomi a corrispondere il costo** per l'istruzione della pratica (vedi) e **a frequentare la formazione obbligatoria** organizzata dall'Associazione ovvero **a documentare** regolari e accertati crediti.*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lvo 196/2003 e successive modifiche e integrazioni.*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_