



Sede Legale e amministrativa: Via Del Mondo, 29 10020 Pavarolo (TO)  
Sede Decentrata: Via Matteotti, 59 – Sesto Fiorentino (FI)  
Sede Decentrata: Via Municipio, 11 – 88040 Serrastretta (CZ)

## VERBALE DI VERIFICA E REVISIONE DELL'ISCRIZIONE

(Mod. M.6 - DATA EMISSIONE 05/04/2016 - DATA REVISIONE 26/04/2020 - INDICE REVISIONE Rev. 02)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

In qualità di revisore dell'Unione Italiana dei Professionisti Olistici con codice revisore n. \_\_\_\_\_ dichiara con il presente atto che il professionista disciplinato ai sensi della Legge 14.01.2013 n.4 iscritto negli elenchi professionali gestiti dall'Unione Italiana dei Professionisti Olistici con la specializzazione di:

**Operatore Olistico codice n.** \_\_\_\_\_  **Counselor Olistico codice n.** \_\_\_\_\_

con il seguente livello di iscrizione:

**Practising**  **Professional**  **Trainer**  **Supervisor**

Conseguito in data \_\_\_\_\_

con studio in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

ha ottemperato a quanto previsto dalle prescrizioni dello Statuto e del Regolamento Interno per il mantenimento dell'iscrizione nei registri UNI-PRO.

In data odierna, dopo aver preso attentamente visione del contenuto del presente modulo, prima di sottoscriverlo e dopo dettagliato colloquio esplicativo al fine di verificare quanto dallo/a stesso/a sig./sig.ra \_\_\_\_\_ riportato nel proprio curriculum formativo e professionale, consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per entrambi per false dichiarazioni e conscio del fatto che mendaci dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, oltre a comportare la decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, costituiscono reato punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000\*), sotto la propria responsabilità dichiara che i fatti, stati e qualità riportati di seguito e nella documentazione allegata corrispondono a verità.

Il sottoscritto revisore dichiara di non avere alcuna forma di incompatibilità con il suddetto professionista.

Ciò premesso il sottoscritto revisore CONFERMA/ASSEGNA il seguente livello di iscrizione:

**Practising**  **Professional**  **Trainer**  **Supervisor**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,

Il/la Professionista \_\_\_\_\_

Il/la Revisore \_\_\_\_\_

\* *Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445*

*“Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa. (Testo A).”*