



ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI – ONLUS
Ente Morale che opera senza fini di lucro per l'integrazione dei sordi nella società
SEZIONE PROVINCIALE CALTANISSETTA

Spett.le ENS CALTANISSETTA
caltanissetta@ens.it

DOMANDA DI ADESIONE

__L__ SOTTOSCRITT _____ CHIEDE DI VOLER RICEVERE INFORMAZIONI
INERENTI AI CORSI LIS (LINGUA DEI SEGNI ITALIANA) PARTECIPANDO ALL'OPEN DAY DEL 14-11-18 ALLE ORE
15,30 C/O LA NOSTRA SEZIONE ENS DI CALTANISSETTA IN VIA CAVOUR 21.

INVIARE VIA E-MAIL QUESTO MODULO COMPILATO ENTRO NON OLTRE IL 12-11-18.

__L__ SOTTOSCRITT _____ DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE

DATI OBBLIGATORI: (scrivere in stampatello)

INDIRIZZO DI RESIDENZA: _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV (____)

SMS _____ EMAIL _____

DIPLOMA QUINQUENNALE: _____

DATA NASCITA _____ LUOGO _____

___SORDA O ___UDENTE _____

CHE LE DICHIARAZIONI RESE E SOTTOSCRITTE NELLA PRESENTE DOMANDA HANNO VALORE DI
AUTOCERTIFICAZIONE E CHE IN CASO DI DICHIARAZIONI E/O ATTI MENDACI SI APPLICANO LE SANZIONI
PREVISTE DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA (D.P.R. 445 del 28/12/2000 art. 76).

LUOGO _____ DATA ____/____/____ FIRMA _____

AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 l'iscritto dichiara di dare il proprio assenso al trattamento dei propri dati
personali, acquisiti dall'ENS tramite supporti cartacei e telematici per lo svolgimento dell'attività formativa. Tali dati non
saranno comunicati a terzi.

LUOGO _____ DATA ____/____/____ FIRMA _____