

MODULO D'ISCRIZIONE

Il presente modulo deve essere compilato e inviato al CDE via Fax al 0547.631777

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Via _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

E-mail _____

Numero di telefono _____ cellulare _____

Professione:

- Insegnante scuola Infanzia
- Insegnante scuola primaria
- Insegnante scuola secondaria primo grado
- Insegnante scuola secondaria secondo grado
- Dirigente scolastico
- Pedagogista
- Logopedista
- Psicologo
- Educatore
- Altro _____

SEDE DI LAVORO-DIRIGENZA SCOLASTICA DI RIFERIMENTO

Denominazione _____
Indirizzo _____
Telefono _____
E-mail _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO AL CORSO DI FORMAZIONE DENOMINATO:

Data

In fede

La informiamo ai sensi dell'articolo 10 della legge 31.12.1996 n° 675 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" che i dati personali da Lei forniti potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra citata e degli obblighi cui è ispirata l'attività di questo progetto. In particolare tali dati potranno essere raccolti su supporto cartaceo o registrati su supporti elettronici ed elaborati solo ed esclusivamente in rapporto all'attività della Formazione Professionale in lingua italiana. Il conferimento dei dati personali è facoltativo. In relazione al trattamento dei suoi dati personali Ella potrà esercitare i diritti di cui all'art. 13 della Legge 675/96

Firma _____