

	RICHIESTA DI PRE- ISCRIZIONE	
	CORSO DI ALFABETIZZAZIONE BRAILLE PER VEDENTI - LIVELLO BASE	

COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	PR.	DATA DI NASCITA
RESIDENZA: INDIRIZZO (con C.A.P.)	LOCALITA'		PR.
DOMICILIO: INDIRIZZO (con C.A.P.)	LOCALITA'		PR.
INDIRIZZO E-MAIL			
CODICE FISCALE			
TELEFONO LAVORO	TELEFONO ABITAZIONE	TELEFONO CELLULARE	

STRUTTURA E DURATA DEL CORSO: 12 lezioni da un ora e quaranta minuti ciascuna + ESAME FINALE

GIORNI E ORARI DI FREQUENZA: SABATO 10.00 – 11.40

INIZIO CORSO: PREVISTA ENTRO IL 12.11.17

SEDE DEL CORSO: BIBLIOTECA CIVICA E MULTIMEDIALE "ARCHIMEDE"

QUOTA DI CONTRIBUTO AL PROGETTO: € 35,00

(da corrispondere presso la sede del corso entro il giorno di avvio del corso)

_____ DATA

_____ FIRMA del RICHIEDENTE

Consenso al trattamento di dati sensibili (Legge 196/2003): il richiedente, contestualmente alla sottoscrizione della presente richiesta di iscrizione, dichiara di essere edotto, ai sensi della Legge 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali contenuti nella presente iscrizione, necessari per la registrazione dello studente, potranno essere utilizzati per gli scopi consentiti dalla legge. In relazione a quanto sopra il richiedente autorizza il trattamento dei propri dati, impegnandosi a comunicarne tempestivamente ogni variazione e avendo facoltà di richiedere in ogni momento la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.

_____ DATA

_____ FIRMA del RICHIEDENTE