

DOMANDA DI ISCRIZIONE CORSO IN PRESENZA

Corso di formazione: La Postura di Scrittura

RIVOLTO AI DOCENTI DELLE SCUOLE D'INFANZIA E PRIMARIA
(Cfr. art. 2 DPCM *Carta del Docente* del 23.09.2015)

SCRIVERE IN STAMPATELLO E INVIARE A INFO@OPTOCLINIC.IT
40 GIORNI PRIMA LA DATA DI INIZIO DEL CORSO SCELTO

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ M F
Nazionalità _____ Indirizzo: Via _____ n. _____
Città _____ prov. (_____) CAP _____
Telefono _____ E-MAIL _____
Recapito al quale far pervenire le comunicazioni relative al corso (se diverso dalla residenza)

Il/La sottoscritto/a _____

chiede di frequentare il corso nella/e seguente/i data/e:

- 24 ottobre 2016 21 novembre 2016 12 dicembre 2016
- 16 gennaio 2017 30 gennaio 2017 20 febbraio 2017
- 6 marzo 2017 20 marzo 2017

Data _____ FIRMA _____

Allegare:

fotocopia di un documento di identità
ricevuta del pagamento della tassa di iscrizione di Euro 80,00 più iva
Iban: IT06U0856214000000010494086 intestato a Effetto Ottico di Delliponti Coralie
CAUSALE: CORSO LA POSTURA DELLA SCRITTURA con indicazione della data.

Optoclinic, Agenzia formativa Piazza della Fornace 14/15 56121 PISA tel. 0505201164
Email: info@optoclinic.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

..l.. sottoscritt.. _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 dello stesso D.P.R 445 del 28/12/2000

dichiara

1) di essere nato a _____

2) di essere residente in _____

3) di essere in possesso dei requisiti richiesti all'interno dell'art. 2 del DPCM *Carta del Docente* del 23 settembre 2015.

(data)

(firma del dichiarante)

..l.. sottoscritt.. _____

autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 "*Codice in materia di protezione dei dati personali*" e successive integrazioni e modifiche.

(data)

(firma del dichiarante)