

DOMANDA DI ISCRIZIONE CORSO IN PRESENZA

**Corso di formazione: Abilità visive carenti e postura di scrittura scorretta
ostacoli all'apprendimento scolastico da prevenire o da rimuovere**

**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
10 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:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 17 ottobre 2016 | <input type="checkbox"/> 7 novembre 2016 | <input type="checkbox"/> 28 novembre 2016 |
| <input type="checkbox"/> 5 dicembre 2017 | <input type="checkbox"/> 16 gennaio 2017 | <input type="checkbox"/> 13 febbraio 2017 |
| <input type="checkbox"/> 13 marzo 2017 | <input type="checkbox"/> 27 marzo 2017 | |

Data _____ FIRMA _____

Allegare:

fotocopia di un documento di identità
ricevuta del pagamento della tassa di iscrizione di Euro 40,00 più iva
Iban: IT06U085621400000010494086 intestato a Effetto Ottico di Delliponti Coralie
CAUSALE: ABILITA' VISIVE CARENTI E POSTURA 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)