

Modulo di Iscrizione Corso di Formazione del Personale Scolastico

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ Il _____

Residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ n° _____ Telefono: _____

email _____ Professione _____

Cod.Fiscale _____ P.IVA _____

Chiede di essere iscritto al corso _____

che si svolge presso _____ dal _____ al _____ 2017

Firma leggibile

Autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali in base alla legge 196/2003 (legge sulla privacy). I dati saranno utilizzati ai soli fini informativi in relazione all'adesione in oggetto e alle attività Anidra. I dati raccolti non saranno diffusi presso terzi.

Firma leggibile

Luogo e data _____

Si autorizza la fotografia e/o la ripresa del sottoscritto, effettuate ai soli fini istituzionali, durante lo svolgimento delle attività e/o manifestazioni organizzate dall'Associazione

SI

NO

Si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto, sul sito web, blog, social e nelle bacheche affisse nei locali della Associazione.

SI

NO

COPERTURA ASSICURATIVA – TESSERA A.S.I. nr. _____ del _____

Segreteria Anidra

