



Corso di formazione
**“STRATEGIE DI INTERVENTO PER LO SVILUPPO E L'AMPLIAMENTO DI ABILITÀ
ED AUTONOMIE NELL'AUTISMO E DISABILITÀ CORRELATE ”**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

(da allegare all'atto dell'iscrizione online unitamente ad un documento di identità e al bonifico della quota di partecipazione)

Il sottoscritto:

Cognome

Nome

Luogo di Nascita

data di nascita

C.F./P.IVA

Indirizzo

CAP

Città

Telefono

E-mail

Istituto Scolastico di appartenenza (solo per i docenti)

Indirizzo

Cap

Città

CHIEDE

di partecipare al corso dal titolo **“STRATEGIE DI INTERVENTO PER LO SVILUPPO E L'AMPLIAMENTO DI ABILITÀ
ED AUTONOMIE NELL'AUTISMO E DISABILITÀ CORRELATE ”**

Dichiara che i propri dati, sopra riportati, sono corretti. Dichiara di aver preso visione del programma del corso.

Il/La sottoscritto/a

Dichiara che i propri dati, sopra riportati, sono corretti.

Dichiara di aver preso visione del calendario del corso e del programma dello stesso.

Il/La sottoscritto/a acconsente, con riferimento ai dati personali sopra forniti, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei propri dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa presa in visione nel sito web:<http://www.formazione docenti.it/InformativaTrattamentoDatiPersonali>, redatta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE)2016/679, nella quale sono contenuti: a) Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati personali; b) Finalità del trattamento dei dati; c) Modalità del trattamento dei dati personali; d) Base giuridica del trattamento; e) Conservazione dei dati; f) Comunicazione dei dati; g) Profilazione e diffusione dei dati; h) Conferimento dei dati e rifiuto; i) Trasferimento dei dati all'estero; l) Titolare del trattamento; m) Diritti dell'interessato; n) Diritto di opposizione.

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e data

Firmato