



Associazione Chrians

Contrada Lagani trav. prima n . 35 89134

Reggio Calabria-info@chrians.it-www.chrians.it

tel. 3204753737 tel. 3271698884

MODULO ISCRIZIONE

COGNOME NOME	_____
LUOGO DI NASCITA	_____
DATA DI NASCITA	_____
NAZIONALITA'	_____
RESIDENZA: VIA / PRO	_____
DOMICILIO: VIA	_____
CAP / CITTA' / PRO	_____
TITOLO DI STUDIO.	_____
CELL.	_____
MAIL	_____
TEL.	_____
C.F.	_____

Chiede di essere iscritto a frequentare il corso libero di:

- qualificazione per Tecnico per l'assistenza all' autonomia personale, alla comunicazione e all'inclusione sociale a favore di persone con disabilità - Assistente specialistico nella comunicazione LIS e BRAILLE
- riqualificazione per _____
- specializzazione per _____
- abilitazione per _____
- base per _____

Allega alla presente la seguente documentazione:

- . fotocopia documento di identità (fronte e retro) - . fotocopia codice fiscale,
- . fotocopia conforme all'originale permesso di soggiorno (solo per i cittadini stranieri).
- . fotocopia titolo di studio e fotocopia bonifico pagamento

N.B. Dichiaro sotto la propria responsabilità che le notizie sopra riportate sono veritiere.

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

N.B Autorizzo l'ente al trattamento dei dati personali , ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003

N.B Il corso deve essere completato entro 150 giorni dalla ricezione delle credenziali - pena esclusione senza rimborso

N.B. si perde diritto al rimborso della quota d' iscrizione al quinto giorno di corso

Data: _____



Firma _____