



DOMANDA DI ISCRIZIONE - CORSO PER OTC

RIF. _____

RISERVATO ALL'UFFICIO

Compilare in stampatello leggibile

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. ____ il ____ / ____ / _____

Residente _____ Prov. ____ C.A.P. _____

Via _____ N. _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ Fax _____ DTS _____

Cell. _____ e-mail _____

Titolo di studio _____

Conseguito nell'anno _____ presso _____

Occupazione _____

In possesso dell'attestato di superamento del Corso di 3° livello - rilasciato dall'ENS – conseguito presso la Sezione Provinciale ENS di _____ in data ____ / ____ / ____ con voto di ____, ____ / 100 (in lettere _____ / centesimi)

CHIEDE di partecipare al Corso per Operatore Tecnico della Comunicazione e **CONCEDE** il proprio libero ed informato consenso al trattamento dei dati personali ed alla loro comunicazione, ai sensi del D.L. sulla privacy 196/2003 “codice in materia di protezione dati personali” e **AUTORIZZA** la ripresa di immagini (foto o filmati) ad uso delle verifiche previste. Ne Vieta altresì l'uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale ed il decoro. La posa e l'utilizzo delle immagini sono da considerarsi effettuate in forma gratuita.

Data ____ / ____ / ____ Firma del Richiedente _____

ENTE NAZIONALE SORDI – SEDE CENTRALE - ROMA

Dipartimento FALicSEU

falicseu@ens.it