

Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO IPSSEOA M. PITTONI
Via A. De Gasperi, 302/304-84016
Pagani(Sa)
SARH03000E@istruzione.it

Oggetto: CORSO FORMAZIONE AUTISMO

PROGETTO IL POTERE DELL'EMP@TIA Ruolo della scuola e potenzialità da moltiplicare"

ADESIONE DOCENTI CORSO FORMAZIONE AUTISMO

Il sottoscritt _____ nat ___ a _____

Il _____ Codice Fiscale _____ residente a _____

CAP _____ via _____ tel: _____

cell: _____ Indirizzo email _____,

CHIEDE

Di partecipare al Corso di Formazione **di cui all'oggetto.**

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

Firma
