|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Ministro per la Disabilità | Immagine che contiene testo  Descrizione generata automaticamente | Immagine che contiene Elementi grafici, Carattere, logo, grafica  Descrizione generata automaticamente |

Via dell’Università,16/D – 63900 Fermo (FM) – Tel.0734.217277. [www.ossmed.info](http://www.ossmed.info). segreteria@ossmed.info  |  |

Fermo Deaf Friendly City
CORSO DI BASE LIS 2023/2024 . 2° CICLO
 DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov\_\_\_\_\_\_Data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ente o Azienda di provenienza**Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov\_\_\_\_\_

Sito Web: www.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Settore: Turismo □ Sanità □ Commercio □ Ente locale □ Forze dell’Ordine □ Ente Terzo Settore □ Altro □

Partecipazione a corsi precedenti del Premium Programme Sì □ No □

#### Richiede

l’iscrizione al corso di base **LIS** (Lingua dei Segni Italiana)del seguente livello:
A1 □ A2 □

**Dichiara**

di aver letto e accettato il Bando di OSSMED compresa la clausola secondo la quale per essere ammessi all’esame finale di idoneità è necessario aver frequentato almeno l’80% del Monte Ore.

**Si impegna**

Ad inoltrare al seguente indirizzo e-mailinfo@ssmlfermo.it: fotocopia di un documento di riconoscimento e domanda di iscrizione completata in tutte le sue parti. **Dichiara** inoltredi aver letto e compreso gli obblighi derivanti dalla presente domanda di iscrizione che accetta integralmente. **Acconsente** infine ai sensi del D.Lgs. n. 196, del 30 giugno 2003 C.C. e successive modifiche in materia di protezione dei dati personali, con la firma in calce alla presente informativa, al trattamento dei propri dati personali, attraverso supporti cartacei, telefonici e informatici, vincolando la SSML San Domenico di Fermo al rispetto delle condizioni della presente clausola informativa e ad ogni altra condizione imposta per legge.

Luogo e data………………………. Firma…………………………………………………………………