



**ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI – ONLUS**  
Ente Morale che opera senza fini di lucro per l'integrazione dei sordi nella società  
SEZIONE PROVINCIALE DI TRENTO

---

**DOMANDA DI ISCRIZIONE - CORSO DI SENSIBILIZZAZIONE LIS**

Compilare in stampatello leggibile

**Il sottoscritto**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ DTS \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Conseguito nell'anno \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Occupazione \_\_\_\_\_

Sordo Udente Parentela con persone sorde  NO  SI

specificare il grado \_\_\_\_\_

Venuto a conoscenza del corso tramite: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare al Corso di Sensibilizzazione LIS organizzato dalla Sezione Provinciale ENS di TRENTO per l'anno \_\_\_\_\_

**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"

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

Si allega:

- Carta d'identità
- Codice Fiscale
- Distinta di versamento bonifico bancario