



ASSOCIAZIONE AUXILIA

Progetto

Amministrazione di Sostegno

Vicini alle persone fragili, al fianco degli AdS

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Cognome e nome.....

Via n.

CAP città

Telefono

Mail

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> familiare | <input type="checkbox"/> AdS |
| <input type="checkbox"/> volontario | <input type="checkbox"/> altro |
| <input type="checkbox"/> operatore | |

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lg. n. 196/2003, ai sensi dell'art 23 del predetto decreto, presta il proprio consenso all'intero trattamento dei propri dati personali ai soli fini della partecipazione al corso e alla pubblicizzazione di iniziative formative.

Data ,/...../ 2016

Firma

.....