



DOMANDA DI ISCRIZIONE

"Formazione per Clown Dottori"

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)
nato/a a (comune) Prov.(.....)
il cittadinanza
Codice Fiscale

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITÀ (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)

DICHIARA

Di risiedere in Via/Piazza..... n°.....
Comune.....Prov.(.....) C.A.P.....
telefono fisso telefono cellulare
email.....
Indicare il domicilio **solo** se diverso dalla residenza
.....

Di allegare alla presente:

- Copia Documento d'Identità;
- Curriculum Vitae aggiornato;
- Lettera Motivazionale;

Informiamo che ai sensi della normativa sulla privacy d.lgs. 196/2003 e del Regolamento U.E. 2016/679, i dati richiesti saranno utilizzati dalla Società Cooperativa Sociale Comici Camici E.T.S. unicamente ai fini previsti dalla partecipazione al progetto formativo in oggetto.

DATA..... FIRMA DEL RICHIEDENTE