

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Sordo

Udente

Disabilità Se sì, quali? _____

Altri deficit Se sì, quali? _____

Difficoltà che potrebbero interferire con l'apprendimento della LIS

Se sì, quali? _____

Dove hai conseguito il 2 livello LIS?

Hai parenti sordi o conoscenti sordi? SÌ NO

Se sei straniero, specificare il livello di conoscenza di lingua italiana:

sufficiente

buono

ottimo

Come sei venuto a conoscenza della nostra Associazione?

Facebook

Volantini

Sito

Passaparola

Altro _____

È necessario allegare al presente modulo la copia del documento d'identità.

La domanda di ammissione dovrà pervenire tramite mail a segreteria@grupposilis.it entro e non oltre il **10 Giugno 2019** insieme alla quota di iscrizione di Euro 50,00 che, in caso di ritiro dal corso, **NON** verrà rimborsata.

***INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ART. 13 D. LGS. N. 196/2003**

Desideriamo informarLa che il D. lgs n. 196 del 30 giugno 2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento deve essere improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, a tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

FIRMA

DATA ___/___/_____
