



SCHEMA D'ISCRIZIONE LABORATORIO LIS

Data: _____

Nome:	Cognome:
Luogo e Data di Nascita:	
Tel:	Cellulare:
E-Mail:	
Professione:	
Motivo per il quale intende partecipare al corso: <input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Udente <input type="checkbox"/> Parentela con persona sorda	
Autorizzo il trattamento dei dati personali Dlgs 30 Giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni. Firma del genitore se minorenne.	Firma _____

Info: 0832 1690548
email:asseurolecce@gmail.com
Centro You and Me - Viale de Pietro, 16 LECCE

Programma Operativo Nazionale FESR - "Sicurezza per lo Sviluppo - Obiettivo Convergenza 2007 - 2013 Progetto "Giovani, Cittadinanza, Legalità e Partecipazione" Codice CIG 0526822B41

