



O.N.L.U.S.

ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI

Costituito dall'Associazione Italiana Minorati dell'Udito e della Parola

Ente Morale preposto all'attività promozionale, di rappresentanza, di tutela e di studio dei problemi della sordità e della parola
Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale

CONSIGLIO REGIONALE DI BASILICATA

85100 Potenza - Via Tirreno, 41 - email: basilicata@ens.it e basilicata@pec.ens.it - C.F. 04928591009

GIORNATA MONDIALE DEI SORDI 26 SETTEMBRE 2015 - POTENZA



MODULO DI PARTECIPAZIONE CONVEGNO

(da compilare chiaramente in stampatello consegnare ed inviare entro e non oltre il 18 settembre 2015 a basilicata@ens.it)

Io sottoscritto/a _____ (segnare con una croce la voce corrispondete alla propria qualifica)

- Dirigente ENS (ruolo) _____ Sezione Prov.le ENS di _____
- Socio ENS Sezione Provinciale ENS di _____
- Tessera ENS n. _____

Residente in Via _____ n° _____

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Tel. _____ Cell. _____ Fax _____

e-mail: _____

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai fini dell'organizzazione della Conferenza in oggetto, in conformità all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003.

RICHIEDO

di poter partecipare al Convegno che si terrà il giorno 26 settembre 2015 presso l'Hotel Vittoria di Potenza in occasione della Giornata Mondiale del Sordo.

(Luogo e Data)

(Firma)





O.N.L.U.S.

ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI
Costituito dall'Associazione Italiana Minorati dell'Udito e della Parola

Ente Morale preposto all'attività promozionale, di rappresentanza, di tutela e di studio dei problemi della sordità e della parola
Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale

CONSIGLIO REGIONALE DI BASILICATA

85100 Potenza - Via Tirreno, 41 - email: basilicata@ens.it e basilicata@pec.ens.it - C.F.04928591009

GIORNATA MONDIALE DEI SORDI
26 SETTEMBRE 2015 - POTENZA



MODULO DI PARTECIPAZIONE PRANZO

(da compilare chiaramente in stampatello consegnare ed inviare entro e non oltre il 18 settembre 2015 a basilicata@ens.it)

Io sottoscritto/a _____ (segnare con una croce la voce corrispondente alla propria qualifica)

- Dirigente ENS (ruolo) _____ Sez. Prov. ENS di _____
 Socio ENS Sezione Provinciale ENS di _____
 Tessera ENS n. _____

Residente in Via _____ n° _____

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Tel. _____ Cell. _____ Fax _____

e-mail: _____

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai fini dell'organizzazione del pranzo in oggetto, in conformità all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003.

RICHIEDO

di poter partecipare al pranzo che si terrà il giorno 26 settembre 2015 presso l'Hotel Vittoria di Potenza in occasione della Giornata Mondiale del Sordo.

Richiedo la seguente tipologia di menù (barrare la casella di interesse):

- Classico**
 Vegetariano
 Celiaco

Al presente modulo di iscrizione dovrà essere allegato copia del bonifico di avvenuto pagamento.

Dichiaro di essere a conoscenza del fatto che in caso di mancata partecipazione la quota di iscrizione non mi sarà restituita.

(Luogo e Data)

(Firma)