



SEDE CENTRALE ENS – ONLUS  
AREA SANITA'

**DOMANDA DI ISCRIZIONE INCONTRO INTERREGIONALE PER I DIRIGENTI E SOCI ENS PROVENIENTI**

**DALLE REGIONI: CAMPANIA, MOLISE, BASILICATA, PUGLIA, CALABRIA, SICILIA**

**"NOVITA' SULLE COMMISSIONI MEDICHE ASL/INPS E PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE"**

**LAMEZIA TERME (CZ), 4 MARZO 2017**

SPETT.LE SEDE CENTRALE ENS

[protocollo@ens.it](mailto:protocollo@ens.it) oppure fax **06.39805231**

SPETT.LE CONSIGLIO REGIONALE ENS CALABRIA

[calabria@ens.it](mailto:calabria@ens.it) oppure fax **0961.61958**

\_\_\_\_ L \_\_\_\_ SOTTOSCRITT \_\_\_\_\_ CHIEDE DI ESSERE ISCRITT \_\_\_\_\_

ALL' INCONTRO INTERREGIONALE "NOVITA' SULLE COMMISSIONI MEDICHE ASL/INPS E PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE" PER DIRIGENTI E SOCI ENS

**ORGANIZZATO DALL'AREA SANITA' ENS**

DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI RESE E SOTTOSCRITTE NELLA PRESENTE DOMANDA HANNO VALORE DI AUTOCERTIFICAZIONE E CHE IN CASO DI DICHIARAZIONI E/O ATTI MENDACI SI APPLICANO LE SANZIONI PREVISTE DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA (D.P.R. 445 del 28/12/2000 art. 76).

**DATI OBBLIGATORI:**

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI RESIDENZA: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ CITTA': \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_ CELL.: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)**

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ CITTA': \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

**IN QUALITA' DI:**

PRESIDENTE REGIONALE DI \_\_\_\_\_

CONSIGLIERE PROVINCIALE DI \_\_\_\_\_

CONSIGLIERE REGIONALE DI \_\_\_\_\_

SOCIO

PRESIDENTE PROVINCIALE DI \_\_\_\_\_



**MODALITA' DI ISCRIZIONE:**

LA PRESENTE DOMANDA VA INVIATA ENTRO E NON OLTRE IL 18/02/2017 VIA EMAIL oppure fax

**AUTORIZZAZIONE/LIBERATORIA PER LA PUBBLICAZIONE DI IMMAGINI VIDEO E/O FOTOGRAFICHE:**

\_\_\_\_|\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ con la presente autorizza la divulgazione di immagini video o fotografiche riprese durante le attività e/o eventi organizzati dall'Ente Nazionale Sordi  
– ONLUS finalizzate all'eventuale pubblicazione cartacea e/o on-line in contesti inerenti la divulgazione e documentazione delle attività formative dallo stesso organizzate e contestualmente ne vieta l'uso in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro del soggetto ripreso. L'utilizzo delle immagini è da considerarsi effettuato in forma gratuita. La presente autorizzazione esclude eventuali responsabilità per manomissioni o uso improprio di tali immagini da parte di terzi.

LUOGO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 l'iscritto dichiara di dare il proprio assenso al trattamento dei propri dati personali, acquisiti dall'ENS tramite supporti cartacei e telematici per lo svolgimento dell'attività formativa. Tali dati non saranno comunicati a terzi.

LUOGO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Il partecipante è tenuto a rispettare le norme di legge vigenti (Codice Civile e Codice Penale): nel caso di atti/comportamenti che violino le norme del Codice Penale, si provvederà contestualmente alla denuncia alle autorità competenti.