



SEDE CENTRALE ENS – ONLUS  
AREA FORMAZIONE



FONDAZIONE I.S.B.

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL TEST DI AMMISSIONE

SPETT.LE ENTE NAZIONALE SORDI  
SEZIONE PROVINCIALE DI BERGAMO  
in collaborazione FONDAZIONE I.S.B.

[info@fondazioneisb.it](mailto:info@fondazioneisb.it)

[lis@fondazioneisb.it](mailto:lis@fondazioneisb.it)

[bergamo@ens.it](mailto:bergamo@ens.it)

\_\_\_L\_\_\_ SOTTOSCRITT \_\_\_\_\_ CHIEDE DI PARTECIPARE AL TEST  
DI AMMISSIONE DEL CORSO DI:

ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE

ORGANIZZATO DALLA SEDE ENS DI BERGAMO in collaborazione FONDAZIONE I.S.B.

CON SEDE IN: Via Reich n.49 Torre Boldone (Bergamo)

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. \_\_\_\_\_

**TITOLO DI STUDIO (REQUISITO OBBLIGATORIO):** DIPLOMA DI SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO (EX LICENZA MEDIA SUPERIORE) LAUREA IN \_\_\_\_\_ MASTER/DOTTORATO DI RICERCA IN \_\_\_\_\_

CONSEGUITO NELL'ANNO: \_\_\_\_\_

PRESSO: \_\_\_\_\_

OCCUPAZIONE: \_\_\_\_\_

 PERSONA UDEnte PERSONA SORDA

DICHIARA ALTRESI' DI ESSERE INFORMATO SULLA STRUTTURA, PROGRAMMA E DINAMICA DELL'INIZIATIVA, VERIFICHE PREVISTE, REQUISITI DI AMMISSIONE ALL'ESAME FINALE, VALENZA DEL TITOLO RILASCIATO, MODALITA' DI RILASCIO DELL'ATTESTATO, MODALITA' DI ISCRIZIONE E DI AVER PRESO VISIONE ED ACCETTATO IL CODICE DI DISCIPLINA DEL CORSISTA.

**DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE IL TEST DI AMMISSIONE – ORGANIZZATO PRESSO LA SEDE CHE RICEVE LA RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE – E' RELATIVO ESCLUSIVAMENTE ALL'ACCESSO DEL CORSO PRESSO LA STESSA SEDE, E CHE, IN CASO DI PARITA' OTTENUTA NEI PUNTEGGI TRA DUE O PIU' CANDIDATI, SI PROCEDERA' AD ULTERIORE SELEZIONE.**

**DICHIARA INOLTRE DI POSSEDERE I SEGUENTI REQUISITI DI AMMISSIONE PER IL CORSO DI:**

 **ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE:** **CORSISTA UDEnte:**

- ATTESTATO DEL CORSO DI LIS DI 3° LIVELLO (O TITOLO EQUIPOLLENTE)
- COMPETENZA LINGUISTICA IN ITALIANO

 **CORSISTA SORDO:**

- COMPETENZA LINGUISTICA DI LIS
- COMPETENZA LINGUISTICA IN ITALIANO

LA **QUOTA DI PARTECIPAZIONE** AL TEST D'INGRESSO AMMONTA A € 120,00

**MODALITA' DI PARTECIPAZIONE:**

LA PRESENTE DOMANDA VA INVIATA ENTRO E NON OLTRE IL 03/02/2017

VIA EMAIL: [info@fondazioneisb.it](mailto:info@fondazioneisb.it) - [bergamo@ens.it](mailto:bergamo@ens.it)

**ALLEGANDO COPIA DELLA RICEVUTA DEL PAGAMENTO DELLA QUOTA DI PARTECIPAZIONE CON LA SEGUENTE CAUSALE: TEST DI AMMISSIONE del corso ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE – COGNOME E NOME**

**MODALITA' DI PAGAMENTO:**

IN CONTANTI



SUL BONIFICO BANCARIO IBAN: IT 94 G 08940 5362 000000 160435

INTESTATO A: ISTITUTO SORDOMUTI DI BERGAMO

Causale: **TEST DI AMMISSIONE del corso ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE – COGNOME E NOME****SOLUZIONE DEL PAGAMENTO:** FORMULA UNICA ENTRO E NON OLTRE IL 03/02/2017**DATI PER LA FATTURAZIONE:**

RAGIONE SOCIALE: \_\_\_\_\_

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

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

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_ P. IVA.: \_\_\_\_\_

***N.B. SARA' EMESSA REGOLARE FATTURA SOLO ED ESCLUSIVAMENTE AL SOGGETTO CHE RISULTERA' ESSERE L'ORDINANTE O IL TRAENTE.*****DIRITTO DI RECESSO:**

L'iscritto potrà annullare la propria partecipazione entro e non oltre il termine di 10 giorni dalla data di sottoscrizione della presente domanda, dandone comunicazione scritta, da inviare tramite posta elettronica alla sede di svolgimento dell'iniziativa. In tal caso la somma versata verrà restituita mediante rimborso che sarà effettuato entro 60 giorni dalla data di ricezione della richiesta di recesso.

Ipotesi di rimborso della quota di partecipazione da parte della sede organizzatrice: la quota di iscrizione verrà restituita unicamente al mancato svolgimento dell'iniziativa per cause non imputabili all'iscritto.

Oltre il termine di 10 giorni, e non sussistendo cause imputabili alla sede organizzatrice, l'iscritto che vorrà per qualsiasi motivo sospendere la partecipazione è tenuto comunque al pagamento integrale della quota di partecipazione.

**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 \_\_\_\_\_

**ALLEGATI RICHIESTI:**

- Copia del titolo di studio;
- Copia dell'attestato di partecipazione al Corso di 3° Livello (per corsista udente);
- Copia della ricevuta di pagamento;

•

•

---

---