



ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI – ONLUS
Ente Morale che opera senza fini di lucro per l'integrazione dei sordi nella società
SEZIONE PROVINCIALE DI TRENTO

DOMANDA DI ISCRIZIONE – INCONTRO INFORMATIVO “LOGOGENIA”

Compilare in stampatello leggibile

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ Prov. ____ il ____ / ____ / ____
Codice Fiscale _____
Residente _____ Prov. ____ C.A.P. _____
Via _____ N. _____
Tel. _____ Fax _____ Cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

di partecipare al **INCONTRO INFORMATIVO “LOGOGENIA”** organizzato dal E.N.S. di TRENTO per l'anno 2015

Modalità di pagamento:

In contanti;

Con **bonifico bancario** intestato a **E.N.S. di Trento alle coordinate IBAN: IT31F0831601800000010003679**

Nel caso di bonifico bancario si dovrà inviare per e-mail o consegnare a mano unitamente a questo modulo, la copia della ricevuta del pagamento effettuato (indicando come causale **“Nome e Cognome INCONTRO INFORMATIVO “LOGOGENIA”**

-Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che non ci sarà alcun rimborso dopo il pagamento effettuato e non darà diritto ad alcun rimborso per la mancata partecipazione all'evento;

- Autorizza il trattamento dei propri dati personali ai fini dell'organizzazione dell'iniziativa in oggetto, in conformità alla L.675/96- art.13 e dell'eventuale divulgazione di immagini video e/o fotografiche riprese durante l'evento nei quali viene ritratto o filmato oltre a se stesso anche il proprio eventuale figlio/a.

Data ____ / ____ / ____

Firma del Richiedente _____

Si allega:

- Carta d'identità
 Codice Fiscale