



**ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI – ONLUS**  
SEZIONE PROVINCIALE SORDI DI FROSINONE  
DOMANDA DI PRESCRIZIONE - CORSO LIS DI:

1° LIVELLO  2° LIVELLO

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ Cognome\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

titolo di studio \_\_\_\_\_ Conseguito nell'anno \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

Occupazione \_\_\_\_\_

Sordo Udente Parentela con persone sorde    no    si

specificare il grado \_\_\_\_\_

Venuto a conoscenza del corso tramite:

\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare al Corso di LIS di

- 1° livello
- 2° livello

organizzato dalla Sezione Provinciale ENS di \_\_\_\_\_ per l'anno \_\_\_\_\_ e

**DICHIARA**

di essere stato informato sull'articolazione del percorso didattico, obiettivi, verifiche previste, requisiti di ammissione alla verifica finale, modalità di pagamento ed eventuali diritti di rimborso ed è consapevole che questo corso è parte integrante di un percorso a tappe mirato all'apprendimento della LIS e il relativo titolo rilasciato non ha un riconoscimento specifico di specializzazione per l'esercizio di professioni

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma del Richiedente \_\_\_\_\_