



SEDE CENTRALE ENS – ONLUS
AREA SANITA'

**DOMANDA DI ISCRIZIONE INCONTRO INTERREGIONALE PER I DIRIGENTI E SOCI ENS PROVENIENTI
DALLE REGIONI: **FRIULI VENEZIA GIULIA, LIGURIA, LOMBARDIA, PIEMONTE, TRENTO ALTO
ADIGE, VALLE D'AOSTA, VENETO, EMILIA ROMAGNA**
"NOVITA' SULLE COMMISSIONI MEDICHE ASL/INPS E PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE"
MILANO, 4 FEBBRAIO 2017**

SPETT.LE SEDE CENTRALE ENS

protocollo@ens.it oppure fax 06.39805231

SPETT.LE CONSIGLIO REGIONALE ENS LOMBARDIA

lombardia@ens.it oppure fax 02.20520239

___ 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 14/01/2017 VIA EMAIL oppure via 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.