

## RICHIESTA ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE

Il/la sottoscritto/a	
Cognome .....	Nome .....
Nato/a .....	il .....
Codice fiscale: .....	

Residente in :	
Via .....	
C.A.P. ....	Città .....
Indirizzo e-mail .....	
indirizzo PEC .....	
Telefono .....	

### DICHIARA

Di possedere il seguente titolo di studio (barrare la casella corrispondente)	
Assistente sociale	<input type="checkbox"/> DI BASE
	<input type="checkbox"/> A.S. SPECIALISTA
Titolo conseguito presso l'Università di .....	
Eventuali ulteriori titoli formativi .....	

### RICHIESTE L'AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE CONTINUA

<b>NAVIGARE LE COMPLESSITÀ: CORSO PER SUPERVISORI DI SERVIZIO SOCIALE</b>
Cod.Corso ID 58652 CROAS Calabria, accreditato per 30 crediti formativi e 15 crediti deontologici.

Per completare l'iscrizione inviare il presente modulo compilato in ogni sua parte e inviarlo via mail a [work@formlav.it](mailto:work@formlav.it) insieme alla ricevuta di pagamento attestante il versamento della quota di iscrizione.

Il costo complessivo del corso è di € 550,00 e la modalità di pagamento sarà la seguente:

- Quota di iscrizione di € 50,00 da versare entro il 06/09/2024.
- 4 rate da € 125,00 da versare durante il corso.

IBAN: IT11 P0103 016303 000000 875850 intestato a Work Società Cooperativa Sociale ONLUS.

Data .....

Firma .....

.....

Nel rispetto del D.Lgs. 196/03, i dati personali verranno trattati, in modo manuale e informatico, dai collaboratori della WORK Soc Coop Sociale ONLUS per l'ordinaria gestione delle varie attività associative, con il consenso espresso con la firma di questo modulo, si autorizza il la WORK Soc Coop Sociale ONLUS all'invio eventuale di materiale informativo gratuito. I dati non sono diffusi o comunicati a terzi. Il conferimento dei dati è facoltativo ma serve per evadere la richiesta. L'interessato può rivolgersi al titolare del trattamento, per esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.Lgs.196/03, chiedere l'integrazione modificazione o cancellazione dei dati, opporsi al trattamento per l'invio del materiale di cui sopra.

Data .....

Firma .....