

DOMANDA AMMISSIONE

Corso di Formazione
UNITA' DIDATTICHE DI BASE

Il sottoscritto /a _____ Nato /a a: _____ Prov. _____

il ____ / ____ / ____ Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via _____ N° _____ Codice fiscale _____

Tel. _____ cellulare _____ e-mail _____

Titolo di Studio _____ Professione _____

ASD/SSD di appartenenza _____ Tel _____

Tessera UISP N°: _____ tipo _____ Qualifica _____

Consenso al trattamento dei dati _____

☐ **dichiara inoltre di dare alla Uisp il proprio consenso ai sensi dell'art. 11 della legg e 675/96 a che i dati che lo riguardano (indirizzo e data di nascita) siano oggetto del trattamento elencato nella lettera d) art. 1 della legge citata.**

CHIEDE

l'iscrizione al corso che si svolgerà dal: 19 al 21 MARZO 2021 – a partire dalle ore 15:00 IN VIDEOCONFERENZA

Le iscrizioni devono essere presentate alla segreteria UISP del Comitato di Cagliari o inviate via e-mail a cagliari@uisp.it entro il 17 MARZO 2021

QUOTA DI PARTECIPAZIONE: € 20,00.

Pagamento tramite bonifico bancario sul c/c presso INTESA SANPAOLO, intestato a **Comitato Territoriale Cagliari APS**, coordinate: IT57 T030 6909 60 61 0000 0015 524, specificando la causale **"Corso UDB Marzo 2021"**.

Il pagamento deve essere effettuato prima dell'inizio dei corsi.

Data _____

Firma _____