***PROGETTO FINANZIATO DALLA REGIONE CALABRIA***

***“FORMARE PROFESSIONISTI PER COMBATTERE LA VIOLENZA”***

***CORSO DI FORMAZIONE***

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

Il/La sottoscritto/a:

|  |  |
| --- | --- |
| NOME/COGNOME |  |
| LUOGO DI NASCITA |  |
| DATA DI NASCITA |  |
| RESIDENZA |  |
| TELEFONO/CELLULARE |  |
| E-MAIL |  |
| TITOLO DI STUDIO |  |
| IMPIEGO ATTUALE |  |
| CODICE FISCALE |  |

Dopo aver preso atto del programma formativo e degli obiettivi del corso,

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare al corso di formazione gratuito organizzato dal Centro d’Ascolto Ariel nell’ambito del progetto FORMARE PROFESSIONISTI PER COMBATTERE LA, finanziato dalla Regione Calabria.

*⃝ Desidera usufruire del servizio baby parking: n. figli \_\_\_\_ età \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .*

Allega alla presente: Fotocopia di un documento di identità valido.

*Il/La Sottoscritto/a dichiara di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 ed ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003*

Data FIRMA