

Corso Mentoring Training

DA CONSEGNARE O INVIARE VIA FAX (fax 06/6635757) DEBITAMENTE COMPILATA E SOTTOSCRITTA

**Iscrizioni Max 18 persone
Entro il 5 Febbraio 2010**

Nome :		<input type="checkbox"/> SOCIO UILDM	<input type="checkbox"/> NON SOCIO
Cognome:			
INDIRIZZO		CITTA' -C.A.P.	
TELEFONO	MAIL:		
TITOLO DI STUDIO:			
STUDI IN CORSO:			
CORSI DI FORMAZIONE/ ATTESTATI:			
COMPETENZE LINGUISTICHE (descrivere il livello):			
PARTECIPATO AD ATTIVITA' DELL' UNIONE EUROPEA CON PROGRAMMA	<input type="checkbox"/> Youth in Action (scambi,SVE,Seminari)	<input type="checkbox"/> Erasmus in?
	<input type="checkbox"/> Europe for Citizens	<input type="checkbox"/> Altro:
ESPERIENZE VOLONTARIATO:			

CONTRIBUTO CORSO "MENTORING TRAINING" : 60,00 € DA VERSARE IN SEDE AL MOMENTO DELL'ISCRIZIONE OPPURE TRAMITE:	
<input type="checkbox"/> BONIFICO BANCARIO	Sezione Laziale Uildm Onlus UniCredit Banca Spa - filiale Ottoboni IBAN IT 52 M 03002 05250 000000767797 Causale Contributo Attività Volontariato
<input type="checkbox"/> Versamento su c/c postale n. 37289006 intestato a Sezione Laziale Uildm Onlus Via Prospero Santacroce, 5 00167 Roma	IBAN: IT 02 M 07601 03200 000037289006 Causale Contributo Attività Volontariato
N.B. E' necessario conservare la ricevuta del versamento per poter usufruire, nella dichiarazione dei redditi, delle agevolazioni fiscali.	

DICHIARO

di dare la mia disponibilità a partecipare al Corso di formazione: "**Mentoring Training**", nei modi e nei tempi che verranno comunicati da UILDM sez Laziale ONLUS;

DÀ IL CONSENSO

NEGA IL CONSENSO

per il trattamento dei Suoi **dati sensibili, la comunicazione degli stessi ai soggetti appartenenti alle categorie sopra indicate** e i loro correlati trattamenti, *consapevole che, in mancanza di tale consenso, la UILDM SEZ LAZIALE ONLUS non può eseguire quelle operazioni che richiedono tali trattamenti o comunicazioni.*

Roma lì, _____

FIRMA _____

