



Corsi di Lingua dei Segni Italiana

a.f. 2016/2017

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Indirizzo _____

Cap _____

Citta' _____

Provincia _____

Telefono _____

E-mail _____

Titolo di studio _____

Professione _____

Corso di Lingua dei Segni Italiana scelto

Livello _____

Giorno/i _____

Orario _____

Come ha saputo del corso (solo per chi si iscrive al 1° livello)

Il trattamento dei dati personali che La riguardano viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dal d.lgs 196/2003 sulla protezione dei dati personali. Il trattamento dei suoi dati, di cui le garantiamo la massima riservatezza, viene effettuato al fine di svolgere le attività inerenti alla realizzazione delle attività formative a cui si è iscritto e di aggiornarLa su iniziative dell'istituto dei sordi di Torino. I suoi dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi lei potrà richiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'istituto.

Il conferimento dei dati a tali fini è indispensabile per la costituzione del rapporto tra l'allievo (Lei) e l'istituto dei sordi di Torino.

Consenso dell'interessato all'utilizzo delle proprie immagini personali.

Il sottoscritto allievo con la firma alla presente attesta il proprio libero consenso affinché l'Istituto dei sordi di Torino utilizzi gratuitamente le proprie immagini personali, riprese da operatori indicati dall'istituto, esclusivamente ai fini della documentazione e della divulgazione delle attività didattiche e formative proposte dall'Istituto stesso.

Dichiaro inoltre di aver letto e di accettare il regolamento dei corsi LIS 2016/17

Pianezza, _____

Firma _____