

**MODULO DI PARTECIPAZIONE AL CORSO**  
**"CORSO DI INFORMATICA DI BASE"**

**Fax 0171/691095**

Spett.le  
**Snals – Confsal**  
**CUNEO**  
**Via FELICE CAVALLOTTI**  
**n.15/BIS.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_

in via/piazza/viale \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ in servizio presso:

*(Indicare la denominazione dell'azienda/ente in cui si presta servizio)*

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

in qualità di  Dirigente scolastico  Docente  DSGA  ATA.

In caso di servizio presso Istituti scolastici indicare il tipo di livello di istruzione:

- scuola infanzia  scuola secondaria primo grado  
 scuola primaria  scuola secondaria secondo grado  
 altro \_\_\_\_\_

- iscritto alla sigla sindacale SNALS;  
 non iscritto

✓ **CHIEDE** di essere iscritto/a al corso di formazione " \_\_\_\_\_ "

✓ **DICHIARA** di essere consapevole che eventuali variazioni della sede e delle date del corso mi verranno comunicate esclusivamente tramite i siti internet dello Snals e della Confsalform agli indirizzi [www.snals.it](http://www.snals.it) e [www.confsalform.it](http://www.confsalform.it) , o tramite l'indirizzo e-mail, indicato all'interno del presente modulo.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Trattamento dati, ai sensi di quanto previsto dal D.L.vo n. 196/2003 il sottoscritto autorizza formalmente il trattamento dei propri dati personali per i fini connessi alla gestione del corso.*

*Il sottoscritto autorizza altresì l'eventuale comunicazione dei propri dati per la spedizione di materiali didattici e di documentazione.*

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_