



**Richiesta di partecipazione, DA INVIARE VIA FAX AL NUM. 091 900808 O VIA MAIL A [cedap.pa@libero.it](mailto:cedap.pa@libero.it)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ c.p. \_\_\_\_\_

Cel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Con la presente chiedo di partecipare al corso **"ASSESSMENT E INTERVENTO NEI DSA"**

A tal fine:

Verso la somma di € 50,00 (cinquanta/00) a titolo di iscrizione al suddetto corso e mi impegno a saldare la quota entro la data di inizio del corso.

direttamente presso la segreteria del Ce.D.Ap. a Bagheria, Via Giorgi Luigi Capitano n.25 (da lunedì a venerdì dalle 14,30 alle 20,00 – sig.ra Scaletta)

tramite bonifico bancario da effettuarsi sul c/c della Banca Di Credito Cooperativo "G.Toniolo" di San Cataldo- Ag. Trabia (PA)

IBAN: IT86N0895243670000000803433, intestato a Ce.D.Ap.- Centro per i Disturbi dell'Apprendimento.

**È necessario inviare copia del bonifico via mail ([cedap.pa@libero.it](mailto:cedap.pa@libero.it)) o via fax all'attenzione della Segreteria Organizzativa Ce.D.Ap. al numero 091900808.**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo altresì il Ce.D.Ap. Centro per i Disturbi dell'Apprendimento al trattamento dei miei dati personali ai sensi della L 675/96 e successive integrazioni e modifiche

Firma \_\_\_\_\_