

SI PREGA DI INDICARE UN INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA @GMAIL.COM (CON MAIL DIVERSE NON È GARANTITO IL CORRETTO FUNZIONAMENTO E SVOLGIMENTO DEL CORSO ONLINE).

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ M F

Luogo di nascita _____

Nazionalità _____

Via _____ n. _____

Città _____ prov. (____)

CAP _____

Telefono _____

E-MAIL _____

Professione _____

Titolo di studio _____

Recapito al quale far pervenire
le comunicazioni relative al corso
(se diverso dalla residenza)

**DOMANDA DI ISCRIZIONE
MODULI *ON-LINE* PER
FORMATORI DITALS**

(barrare il/i modulo/i scelto/i)

Il profilo del formatore DITALS
dal 2 maggio al 26 giugno 2018

*Progettazione di corsi di
formazione DITALS*
dal 1 ottobre al 23 novembre 2018

Entrambi i moduli

Data _____

FIRMA _____

Allegare:

- ✓ fotocopia di un documento di identità.
- ✓ ricevuta del pagamento della tassa di iscrizione di € 450,00 (per ciascun modulo)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

..l.. sottoscritt _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 dello stesso D.P.R. 445 del 28/12/2000

dichiara

1) di essere nato a _____ il _____

2) di essere residente in _____

3) di essere in possesso del diploma di scuola superiore in _____,
valido per l'ammissione all'Università nel Paese dove è stato conseguito, rilasciato dall'Istituto
_____, situato in via _____
_____, n. _____, città _____ (____), Stato
_____, tel. _____,
email _____, nell'anno scolastico _____
con la votazione di _____

4) di essere in possesso del diploma di Laurea in _____
rilasciato dall'Università di _____ situata in via _____
_____, n. _____, città _____ (____), Stato
_____, tel. _____,
email _____, nell'anno accademico _____ con la votazione di _____

5) di essere in possesso della Certificazione DITALS di II Livello conseguita in data _____
presso la sede _____ di _____ con la votazione di _____/100.

6) di avere svolto attività formativa per conto del Centro DITALS per un minimo di 30 ore presso la sede monitorata DITALS _____ di _____

(data)

(firma del dichiarante)

..l.. sottoscritt.. _____

autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni e modifiche.

(data)

(firma del dichiarante)

Università per Stranieri di Siena, Piazza Carlo Rosselli 27/28, 53100 Siena - Italia
Email: segrditals@unistrasi.it