CORSO PERCEZIONE SIMULTANEA, FUSIONE, STEREOPSI (BINO)

Al Direttore dell'I.R.S.O.O.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente in Via/Piazza _____ n. _____ cap _____

Città _____ Prov. _____ tel. _____ /_____

Cell._____/_____ Fax _____/_____ e-mail _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

in possesso del titolo di _____

conseguito il _____ presso _____

(dichiarazione rilasciata sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

CHIEDE

di essere iscritto/a al corso PERCEZIONE SIMULTANEA, FUSIONE, STEREOPSI a.s. 2011/2012.

Distinti saluti.

_____
(Firma)

Data _____

INFORMATIVA D.Lgs.196/2003: i dati forniti saranno utilizzati dall'I.R.S.O.O. solo per fini istituzionali, ai sensi del D.Lgs.196/2003; gli interessati possono avvalersi di quanto previsto dal D.Lgs.196/2003. Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali secondo quanto specificato.

Data _____ _____
(Firma)