



**Associazione Asylum**

Centro Educativo, di Formazione

e Aggregazione Sociale

MODULO PRE – ISCRIZIONE

**WORK SHOP CLINICO – EDUCATIVO: “Valutazione e sviluppo delle abilità sociali”**

**26 gennaio 2019**

Il presente modulo di iscrizione è anche scaricabile dal sito [www.asilocamerlata.it](http://www.asilocamerlata.it). Il modulo , compilato in tutte le sue parti, dovrà essere trasmesso **entro il 18 gennaio 2019** all’indirizzo mail: [asylum.spazioautismo@asilocamerlata.it](mailto:asylum.spazioautismo@asilocamerlata.it)

**Cognome e Nome del partecipante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Professione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Indirizzo mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ambito lavorativo (nome e luogo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATI PER LA FATTURA**

**Costo**: € 45,00 + IVA (da pagare entro il **20 gennaio 2019** IBAN IT11I0832910900000000301169 –

BBC Via Rubini - Como. Nella causale: iscrizione Workshop Clinico-Educativo “Valutazione e sviluppo delle abilità sociali”

**Ente o nominativo della persona a cui va intestata la fattura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**P.I. / Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si prega di indicare il codice nel caso di fatturazione elettronica**

* Autorizzazione trattamento dati personali ai sensi dell’art. 13 della Reg. UE 2016/679 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali) e ai sensi dell’art. 13 D.Legs 30.06.2003 n. 196 (Codice Privacy)