

CENRO STUDI ITARD
Dipartimento CLIDD- Clinica della Dislessia

DOMANDA DI ISCRIZIONE CLIDD

Al Presidente del
Centro Studi ITARD
Via San Giobbe, 4/a
60024 Filottrano (AN)

l sottoscritt_ _____

nat_ a _____ il _____

residente a _____ via _____

tel _____ cell. _____ mail _____

titolo di studio _____

professione _____

CHIEDE

di essere iscritt_ all'elenco interno dell'Associazione Centro Studi ITARD relativamente al Dipartimento CLIDD – **Clinica della Dislessia** a partire dalla data odierna, in qualità di (barrare la voce interessata):

- Pedagogista, Educatore, terapeuta
- Medico, Psicologo, altro specialista
- Insegnante
- Genitore
- altro

A tal fine, autorizza e richiede che il proprio nominativo figuri pubblicamente negli elenchi cartacei o elettronici resi pubblici dell'Associazione, unitamente agli indirizzi e numeri di telefono sopra indicati.

Con la presente autorizza la tenuta dei propri dati personali e l'uso interno all'associazione, sia in forma cartacea che elettronica, ai sensi della vigente normativa.

In fede

Data _____

Firma _____