

# CENTRO STUDI ITARD

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

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'Associazione Centro Studi ITARD a partire

dall'anno \_\_\_\_\_ in qualità di (barrare la voce interessata):

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

A tal fine allega versamento di **euro 10,00/**

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 \_\_\_\_\_