



ACCADEMIA DI RF1 I F ARTI
"MICHELANGELO"
AGRIGENTO
I FGAI MFNTF RICONOSCIUTA
DAL M.I.U.R.



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N. matricola (Riservato alla segreteria)

Imposta di bollo
€ 16,00

Richiesta di Iscrizione al Diploma di Perfezionamento Post-Diploma

Il/La sottoscritto/a :

Cognome :	Nome :
-----------	--------

Nato/a a :	Il :
Codice Fiscale :	N°. Carta d'identità :

Residente :

Città :	Indirizzo :	N° :	Provincia :	CAP. :
Telefono / Cellulare : (*obbligatorio)		e-mail : (*obbligatoria) (** Caratteri maiuscoli e leggibili)		

(Si prega di compilare i seguenti campi in stampatello e in caratteri leggibili)

CHIEDE

L'iscrizione per l'a.a. 2019/2020 al
Diploma di Perfezionamento Post-Diploma di 1500 ore e 60 CFU in:
**"L'uso didattico della narrazione e delle tecnologie multimediali come ambienti di apprendimento
nella scuola dell'infanzia e primaria"**
(Cod. ACP07)

Allega

- Copia di un valido documento di riconoscimento;
- Copia di Titolo di Studio o autocertificazione (riportata nella parte sottostante) del Titolo di Studio che consente l'accesso al Corso richiesto;
- Ricevuta versamento € 400,00 (IBAN: **IT80I0306903491100000001908- Intestatario: UNIFORMA**, indicare nella causale del bonifico: NOME, COGNOME e Codice Corso);

☐

Unica Soluzione oppure

☐

Pagamento rateale

Accetta le seguenti condizioni

- 1) Rinuncia del richiedente. In caso di eventuale rinuncia del richiedente la somma versata non verrà restituita;
- 2) Sospensione dell'iscrizione. In nessun caso è previsto "congelare" l'iscrizione eccezion fatta per la partecipazione al TFA o PAS a.a. 2019/2020. In tal caso l'iscrizione del corso potrà essere posticipata solo all'a.a. 2020/2021;
- 3) Le condizioni previste dal Bando di Partecipazione di cui dichiara di averne preso visione.

Luogo e Data

Firma

Per espressa accettazione ai sensi degli articoli 1341 co. II e 1342 con. II del Codice Civile, si approvano le seguenti clausole. **1.** Rinuncia del richiedente. **2.** Sospensione dell'iscrizione. **3.** Condizioni previste del Bando di Partecipazione.

Luogo e Data

Firma

AUTOCERTIFICAZIONE TITOLO DI STUDIO

Il/La Sottoscritto/a _____

ai sensi del D.P.R. 445, 28 dicembre 2000 ed eventuali successive modificazioni ed integrazioni, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (a norma dell'art. 76 del D.P.R. richiamato, il quale prevede in tali casi ulteriormente la decadenza dei benefici conseguiti), sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1) di essere in possesso del seguente titolo di studio che consente l'accesso al prescritto corso:

Titolo di studio: Laurea in			
Cons. il		presso	
Voto			

2) che le generalità indicate, i dati forniti, la documentazione allegata e la firma sono autentiche;

3) di non essere iscritto ad altri corsi Universitari per il medesimo Anno Accademico;

4) che ai sensi della Legge 196/03, autorizza l'amministrazione del Corso ad utilizzare i dati personali dichiarati solo per fini istituzionali e necessari per l'espletamento delle procedure di cui alla presente domanda.

Trattamento dei dati

Il/La sottoscritto/a, acconsente, con riferimento ai dati personali sopra forniti, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei propri dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa presa in visione nel sito web: <https://www.giulianaassociati.com/privacy-policy/>, redatta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE)2016/679, nella quale sono contenuti: a) Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati personali; b) Finalità del trattamento dei dati; c) Modalità del trattamento dei dati personali; d) Base giuridica del trattamento; e) Conservazione dei dati; f) Comunicazione dei dati; g) Profilazione e diffusione dei dati; h) Conferimento dei dati e rifiuto; i) Trasferimento dei dati all'estero; l) Titolare del trattamento; m) Diritti dell'interessato; n) Diritto di opposizione.

Luogo e Data

Firma

INVIO DELLA DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il Presente modulo, debitamente compilato e firmato in ogni sua parte, va anticipato a mezzo e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica rispettivamente alla sede di appartenenza:

- **segreteria.napoli@consorziouniforma.com per la sede di Napoli (NA);**
- **segreteria.lecce@consorziouniforma.com per la sede di Sannicola (LE);**
- **segreteria.barletta@consorziouniforma.com per la sede di Barletta (BT);**
- **segreteria.taranto@consorziouniforma.com per la sede di Martina Franca (TA);**

Spedito tramite posta **unicamente** al seguente indirizzo :

- Consorzio Uniforma - Via Galileo Ferraris, 187 - 80142 Napoli (NA)