



**ASSOCIAZIONE**  
**Amm. So. Sardegna Onlus**  
**Presidenza: 3400900535/3687870278**  
**Segreteria: 3454335215/3491352366**

**CORSO: AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

**MODULO di ISCRIZIONE**  
SEDE DI CAGLIARI

**DATE CORSO:**  
SABATO 1 OTTOBRE 2016 ORARIO 09.00-13.00  
VENERDI 7 OTTOBRE 2016 ORARIO 15.00-19.00  
SABATO 8 OTTOBRE 2016 ORARIO 09.00-13.00  
VENERDI 14 OTTOBRE 2016 ORARIO 15.00-19.00  
SABATO 15 OTTOBRE 2016 ORARIO 09.00-13.00

Il/la sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Indirizzo residenza \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di partecipare al “Corso di formazione di Amministratore di sostegno” della durata di 20 ore complessive.

Sede Corso: Via Emilia n. 39, Cagliari c/o Fondazione E. Berlinguer, secondo piano .

Viene rilasciato attestato di partecipazione

Ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003, n.196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” si informa che i dati verranno utilizzati esclusivamente ai fini del procedimento per il quale sono stati richiesti.

Luogo data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**ASSOCIAZIONE  
Amm. So. Sardegna Onlus**

La presente deve pervenire all'Amm. So. Sardegna Onlus entro e non oltre il 23/09/2016.

Le iscrizioni vengono accolte in ordine di data d'iscrizione per formare classi di 25 Allievi/e.

La domanda potrà essere consegnata, oltre che a mano, per plico postale alla sede amministrativa, Via Firenze, n.3 09040 Settimo San Pietro (CA) o per posta elettronica via mail all'indirizzo: **ammsosardegna@tiscali.it**, allegando ricevuta di pagamento.

**Modalità di pagamento:**

L'ammissione al corso verrà perfezionata a seguito del pagamento della quota di iscrizione di **€ 100.00** per gli esterni e **€ 60.00** per i soci.

- 1) Quota da versare con bollettino postale:** al c/c n. **001000532901** intestato a: Amm.So.Sardegna Onlus, causale, corso Amministratore di Sostegno, 20 ore complessive.
- 2) Quota da versare con bonifico su conto postale:** **Codice IBAN IT72 X076 0104 8000 0100 0532 901**, intestato a: Amm.So. Sardegna Onlus, causale, corso Amministratore di Sostegno, 20 ore complessive.
- 3) Quota versata in contanti dietro rilascio di ricevuta di quietanza, al momento dell'iscrizione.**

Allega:

- 1) fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità (obbligatorio)
- 2) ricevuta pagamento quota iscrizione al corso