

ISCRIZIONE

LABORATORIO FOTOGRAFICO

Corso di fotografia escursionistica

Lunedì, il 03.10.22 (dalle 15.00 alle 18.00) a Bressanone
per persone con disabilità e loro fratelli / sorelle



Il/La sottoscritto/a (Socio/a dell'AEB) _____

Indirizzo: _____

N. tel.: _____ N. cell.: _____

E-Mail: _____

Luogo nascita: _____ Data nascita: _____

Cod. Fiscale:

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

chiede la partecipazione di suo figlio / sua figlia al progetto „Laboratorio fotografico per persone con disabilità e loro fratelli / sorelle”

Dati della persona con disabilità

Nome e Cognome	Luogo di nascita	Data di nascita

Dati del fratello / della sorella della persona con disabilità

Nome e Cognome	Luogo di nascita	Data di nascita

Prego indicare se desiderate la ricevuta del pagamento della quota di partecipazione SI NO

* La partecipazione al seminario/formazione/iniziativa presuppone l'integrale conoscenza ed accettazione delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali secondo quanto previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. L'informativa completa è disponibile nella sezione Privacy del sito web www.a-eb.net/it

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa sulla privacy

_____/_____/_____

Luogo, data, firma leggibile

AEB2022/Projekte/Fotowerkstatt