

ISCRIZIONE

LABORATORIO FOTOGRAFICO

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

per le date seguenti:

Data (prego apporre la crocetta sulla data prescelta)	Tema	Luogo
<input type="checkbox"/> Giov. 27.04.23 (dalle 15.00 alle 17.00) Termine di iscrizione: 07.04.2023		Bolzano La Strada-der Weg , Centro Lovera Viale Europa 3

<input type="checkbox"/> Ven. 28.04.23 (dalle 15.00 alle 17.00) Termine di iscrizione: 07.04.2023		Merano ÒpLab, Via Matteotti 38
<input type="checkbox"/> Giov. 25.05.23 (dalle 15.00 alle 17.00) Termine di iscrizione: 08.05.2023		Bressanone Jugenddienst Brixen, Via Pra' delle suore 53
<input type="checkbox"/> Ven. 26.05.23 (dalle 15.00 alle 17.00) Termine di iscrizione: 08.05.2023		Brunico Laboratorio artistico Akzent Passegiata Groß Gerau 6/c

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

AEB2023/Projekte/Fotowerkstatt