

Mod. 02-R

DOMANDA DI RIQUALIFICAZIONE TITOLI PREGRESSI

Il/La Sottoscritto/a

Cognome	Nome		
Nato a	Pv	il	
Residente a	Cap	Pv	Regione
Via	N°	Tel/fax	Cell.
E.mail	Web		
Cod. Fiscale	C. Identità		
Professione	Titolo di studio: licenza media <input type="checkbox"/> diploma <input type="checkbox"/> laurea <input type="checkbox"/>		
Ass. Appartenenza	Tessera ASI N.		Anno 2014

In possesso di altra qualifica ASI? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se SI indicare la Dicipina
In possesso di libretto formativo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	In possesso di tesserino tecnico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se SI indicare numero

CHIEDO LA RIQUALIFICAZIONE DEI SEGUENTI TITOLI E L'ISCRIZIONE ALBO NAZIONALE E REGISTRO SETTORE

(INDICARE CON IL SIMBOLO X)

1	Docente <input type="checkbox"/>	Istruttore <input type="checkbox"/>	Operatore <input type="checkbox"/>
2	Docente <input type="checkbox"/>	Istruttore <input type="checkbox"/>	Operatore <input type="checkbox"/>
3	Docente <input type="checkbox"/>	Istruttore <input type="checkbox"/>	Operatore <input type="checkbox"/>

CHIEDO CHE I SEGUENTI TITOLI SIANO TRASCRITTI SUL LIBRETTO (DA NON RIQUALIFICARE CON ATTESTATO ASI)

1	2	3
---	---	---

ALLEGO IN COPIA

- Attestati conseguiti
- C.V.
- Documento Identità
- Codice Fiscale
- N. 1 foto tessera firmata

DICHIARO

Di non aver riportato condanne penali o carichi pendenti, di non fare uso di sostanze stupefacenti e/o dopanti, di essere in possesso dei requisiti richiesti e aderire come professionista alla legge n. 4 del 14 gennaio 2013; di accettare e rispettare le norme del Codice Deontologico e che quanto dichiarato e documento corrisponde al vero.

AUTORIZZO

L'utilizzo della mia immagine, le riprese fotografiche/audio/video effettuate dal personale della Scuola di Formazione o da altro operatore da essa incaricato; le immagini potranno altresì essere diffuse pubblicamente durante proiezioni, trasmissioni televisive o pubblicate su giornali, riviste in contesti riguardanti le attività didattiche svolte dalla e nella scuola, dal settore e dalle associazioni affiliate all'ASI; autorizzo l'inserimento della mia immagine, nome e cognome, data di nascita, località, qualifica conseguita nell'Albo/ Registro Nazionale ASI, tutti gli altri dati non saranno divulgati. Ne VIETO altresì l'uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale e il decoro. La posa e l'utilizzo delle immagini sono da considerarsi effettuate in forma gratuita. I dati personali saranno trattati nel rispetto della Legge 675/96 sulla Privacy e successive modifiche

Luogo e Data ____/____/____

Firma _____

Riservato alla Scuola di Formazione Accreditata

I dati contenuti nel presente modulo devono essere riportati nel Modello a fisarmonica e inviati al Settore.