



ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI – ETS APS
Ente Morale che opera senza fini di lucro per l'integrazione dei sordi nella società
SEZIONE PROVINCIALE DI BARLETTA-ANDRIA-TRANI (BAT)

MODULO DI PARTECIPAZIONE SEMINARIO

“La galassia lgbtq+ in LIS”
a cura del Sig. Latagliata Daniele

SABATO 21 settembre 2024
(SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO)

ORGANIZZATO DALLA SEDE ENS DI BAT IL SEMINARIO SI SVOLGERÀ PRESSO: SP ENS BAT
Via Giuseppe e Cesare Gualandi, 8-10 - 76125 Trani (BT)

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA: _____

CAP: _____ CITTA': _____ PROV. _____

TESSERA SOCIO ENS N. _____

LA QUOTA DI COMPARTICIPAZIONE ALL'INIZIATIVA AMMONTA A € 10,00

La scadenza per aderire è prevista entro e non oltre il Mercoledì 18 settembre 2024 o fino all'esaurimento dei posti disponibili.

N.B.: Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che in caso di rinuncia alla partecipazione all'evento non avrà diritto al rimborso.

COMPILARE IL MODULO FIRMATO E CONSEGNARE PRESSO L'ENS DI BAT NEI SEGUENTI ORARI MARTEDÌ E GIOVEDÌ
DALLE ORE 17:00 ALLE ORE 19:30

AUTORIZZAZIONE/LIBERATORIA PER LA PUBBLICAZIONE DI IMMAGINI VIDEO E/O FOTOGRAFICHE:

_____ sottoscritt _____ con la presente autorizza la divulgazione di immagini video o fotografiche riprese durante le attività e/o eventi organizzati dall'Ente Nazionale Sordi – ETS APS finalizzate all'eventuale pubblicazione cartacea e/o on-line in contesti inerenti la divulgazione e documentazione delle attività formative dallo stesso organizzate e contestualmente ne vieta l'uso in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro del soggetto ripreso. L'utilizzo delle immagini è da considerarsi effettuato in forma gratuita. La presente autorizzazione esclude eventuali responsabilità per manomissioni o uso improprio di tali immagini da parte di terzi.

LUOGO _____ DATA ____/____/____ FIRMA _____

AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 l'iscritto dichiara di dare il proprio assenso al trattamento dei propri dati personali, acquisiti dall'ENS tramite supporti cartacei e telematici per lo svolgimento dell'attività formativa. Tali dati non saranno comunicati a terzi.

LUOGO _____ DATA ____/____/____ FIRMA _____

**SE IL SOGGETTO È MINORE DI ANNI DICIOOTTO FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI
OVVERO DEL GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE ESCLUSIVA.**

Nome e Cognome (padre): _____ FIRMA _____

Nome e Cognome (madre): _____ FIRMA _____