



REGIONE SICILIANA  
ASSESSORATO DELL'ISTRUZIONE E FORMAZIONE  
PROFESSIONALE  
ASSESSORATO DELLA SALUTE



## CORSO DI FORMAZIONE

### “ASSISTENTE ALL'AUTONOMIA ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DISABILI”

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

#### Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome.....  
Luogo e data di nascita .....

Indirizzo ..... CAP ..... Città .....

Prov. ....

Codice Fiscale.....

Tel. .... Fax ..... e-mail .....

Titolo di studio .....

#### **Eventuali dati per la richiesta di Fatturazione (facoltativo)**

Intestazione.....

Indirizzo.....Cap.....Città.....Prov.....

Codice Fiscale.....Partita Iva.....

#### **CHIEDE**

di essere iscritto al corso di formazione **“Assistente all'autonomia ed alla comunicazione dei disabili”** (Repertorio delle Qualificazioni della Regione Siciliana” secondo le “Condizioni generali” di seguito allegate, con sede di erogazione formativa a Bagheria (PA)

Il/La sottoscritto/a, altresì, dichiara espressamente di accettare tutte le condizioni specificate nell'allegato B “Condizioni generali” e facente parte integrante della presente scheda di iscrizione

**Luogo e data**

**Firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 Legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali.*