*Allegato 2*

*Alla Segreteria Organizzativa*

*Consorzio Universitario per la Promozione degli*

*Studi Universitari nella Sardegna Centrale – UniNuoro*

*Via Salaris n. 18 - 08100 Nuoro*

[*comunicazione@uninuoro.it*](comunicazione@uninuoro.it)

**Oggetto: modulo di iscrizione al percorso formativo FAMI “Riconoscere capacità” destinato a soggetti pubblici e privati che si occupano di accoglienza, assistenza, integrazione educativa e lavorativa e formazione dei migranti.**

Il sottoscritto .................................................................................. nato il ......................................... a .................................... residente in ................................... via ..............................................................

codice fiscale ...............................................................

in qualità di ............................................................................................................................................

dell’Ente/Associazione ..........................................................................................................................

con sede in ........................................................... via ...........................................................................

n. di telefono .................................................. e-mail …………..………..……………………………

CHIEDE

di partecipare al percorso formativo FAMI “Riconoscere capacità” destinato a soggetti pubblici e privati che si occupano di accoglienza, assistenza, integrazione educativa e lavorativa e formazione dei migranti.

DICHIARA

di aver preso visione del programma didattico e di conoscere le modalità di svolgimento del Corso.

di essere a conoscenza, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D. Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito e per le finalità del Corso.

Luogo e data \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_\_ FIRMA

.