



ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI - ONLUS

Ente Morale che opera senza fini di lucro per l'integrazione dei sordi nella società

SEDE CENTRALE



*Ai Signori Presidenti e Commissari Straordinari
Consigli Regionali ENS*

*Ai Signori Presidenti e Commissari Straordinari
Sezioni Provinciali ENS*

Al Presidente CGSI Italia

Ai Signori Consiglieri Direttivi ENS

Loro Sedi

Allegati: 01

Oggetto: **65° Anniversario Fondazione Federazione Mondiale Sordi.**

Si comunica che in data **23 settembre 2016** presso la sala Vittorio Ieralla della Sede Centrale ENS sita in Via Gregorio VII n. 120 - 00165, in occasione delle celebrazioni per il **65° Anniversario di Fondazione della Federazione Mondiale dei Sordi** si terrà un Convegno, dalle ore 15.30 alle ore 19.30, dal titolo **“Settimana d'azione per i diritti e salvaguardia dell'identità sorda e della cultura sorda”**.

Al convegno potranno partecipare un massimo di **60 persone**, previa iscrizione obbligatoria da effettuarsi con il modulo allegato entro e non oltre il **10 settembre 2016** a gms2016@ens.it.

Per l'ordine di prenotazione dei posti farà fede la data di protocollo emessa dalla Sede Centrale ENS.

Sarà cura dello scrivente comunicare una volta esauriti i posti disponibili.

Fraterni saluti.

Il Consigliere Direttivo
Responsabile Area Sanità, Osservatori Regionali
Legislativo Periferico - Fund Raising e Progetti Eventi Speciali
Cav. Camillo Galluccio

Il Presidente Nazionale ENS

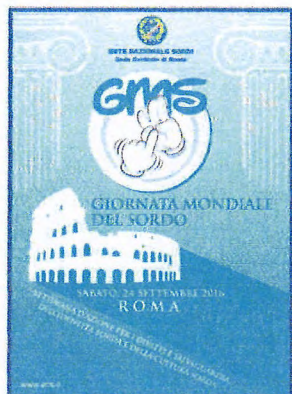
Giuseppe Petrucci



ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI – ONLUS

Ente Morale che opera senza fini di lucro per l'integrazione dei sordi nella società

SEDE CENTRALE



65° ANIVERSARIO FONDAZIONE WFD

MODULO DI ISCRIZIONE CONVEGNO

Venerdì 23 settembre 2016

da inviare entro e non oltre il 10 settembre 2016 a gms2016@ens.it

Io sottoscritt _____ chiedo di partecipare **CONVEGNO** “Settimana d’azione per i diritti e salvaguardia dell’identità sorda e della cultura sorda” e dichiaro di essere consapevole che quanto reso e sottoscritto nella presente domanda ha valore di autocertificazione e che in caso di dichiarazioni e/o atti mendaci si applicano le sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445 del 28/12/2000 art. 76).

DATI OBBLIGATORI:

DATA DI NASCITA: ___/___/___ LUOGO DI NASCITA: _____ (___)

INDIRIZZO DI RESIDENZA: _____ CAP: _____

CITTA': _____ (___) CODICE FISCALE: _____

INDIRIZZO DOMICILIO (se diverso dalla residenza) _____ CAP: _____

CITTA': _____ (___)

EMAIL: _____ CELL: _____ TEL/FAX _____

TESSERA SOCIO ENS NR. _____ SEDE ENS _____

CONSENSO PER TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 dichiaro di dare il mio assenso al trattamento dei miei dati personali, acquisiti dall'ENS tramite supporti cartacei e telematici per lo svolgimento delle attività. Tali dati non saranno comunicati a terzi.

LUOGO _____ DATA ___/___/___ FIRMA _____

Roma - Via Gregorio VII, 120 - 00165 - www.ens.it
tel. 06 398051 - fax 06 3980531 - protocollo@ens.it - protocollo@pec.ens.it
C.F. 04928591009 - P.IVA 06960941000



certificato n. 24262/07/S