

ISTITUTO REGIONALE RITTMAYER PER I CIECHI

TRIESTE - C.A.P. 34136 - VIALE MIRAMARE, 119 - TEL. 040-4198911 - FAX 040-4198925 - COD. FISCALE N. 80004490324

DOMANDA DI ATTIVITA' DI VOLONTARIATO	
COGNOME E NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENZA	
RECAPITI	TELEFONO _____ MAIL _____ PEC _____
MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA	
SETTORE DI INTERESSE	a. LABORATORIO OCCUPAZIONALE b. ACCOMPAGNAMENTO UTENTI c. LETTURA d. ATTIVITA' CORALE e. ACCOMPAGNAMENTO FUNZIONI RELIGIOSE GIORNI FESTIVI f. SUPPORTO E ACCOMPAGNAMENTO ATTIVITA' SPORTIVE g. PROPRI DIVERSI HOBBIES (specificare) _____
PERIODO RICHIESTO	DAL _____ AL _____
ORARIO E GIORNATE DI PREFERENZA	
ALLEGATI I SEGUENTI DOCUMENTI	Curriculum Vitae <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dichiarazione sostitutiva di certificazione D.Lgs. 39/2014 dd. 04.03.2014 - attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Il sottoscritto dichiara di accettare quanto previsto dal Regolamento Interno dell'Istituto (di cui alla Deliberazione Consiliare n. 45/2012 dd. 21.11.2012)	
Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m., l'Istituto procederà al trattamento dei dati da Lei forniti nel rispetto della normativa di tutela dei dati personali esclusivamente ai fini dell'attività di cui trattasi	

Data _____

Firma _____

