

**CORSO INTERPRETE LIS**Sezione Provinciale ENS di ROMA – ONLUS *in collaborazione con la Sede Centrale ENS*

Piazza Antonio Tosti, 4 – 00147 Roma

Tel. 06 51 88 58 79 – Fax: 06 51 88 35 13 e-mail : corsointerpreti@silentpoint-ensroma.it

**ISCRIZIONE AL CORSO 2011/2012 (800 ore)**

(le domanda vengono accettate al raggiungimento di numero limite)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Titolo di studio (obbligatorio) \_\_\_\_\_

Conseguito nell'anno \_\_\_\_\_ Presso la Scuola/Università \_\_\_\_\_

(E' obbligatorio consegnare copia del titolo di studio conseguito)

Corsi per Lingue Straniere già frequentati \_\_\_\_\_

Tipo di Occupazione \_\_\_\_\_

**DICHIARA**- di essere in possesso di attestato di Corso 3<sup>a</sup> livello LIS conseguito nell'anno \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

(E' obbligatorio consegnare copia dell'attestato conseguito)

- riportante il punteggio/giudizio \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare al Corso di Interprete di Lingua dei Segni Italiana (LIS)

Specificare:

1. Se si hanno familiari sordi: SI† NO†

Se sì quali: \_\_\_\_\_

2. Oltre al corso LIS conosceva la LIS per averla appresa:

† all'ENS

† in altre associazioni di sordi

† frequentando un gruppo di sordi

† Altro \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto concede il proprio assenso, ai sensi del Dlgs sulla privacy 196/2003 in materia di protezione dei dati personali, al trattamento da parte dell'ENS degli stessi.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_