

MODULO DI PARTECIPAZIONE
Personale ATA mobilità professionale dall'area A all'area B

Fax: 045915907

mail: verona@snals.it

Spett.le
Snals - Confsal
di Verona
Via Duse,20

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) cap _____

in via/piazza/viale _____ n. _____ tel. ____/____

fax _____ e-mail _____ in servizio presso:

(Indicare la denominazione dell'azienda/ente in cui si presta servizio)

via _____ n. _____ tel. _____ fax _____

in qualità di Coll.Scolastico

☐ iscritto alla sigla sindacale SNALS

☐ non iscritto

✓ **CHIEDE** di essere iscritto/a al **Corso di formazione per passaggio da collaboratore scolastico a assistente amministrativo**

✓ **DICHIARA** di essere consapevole che eventuali variazioni della sede e delle date del corso mi verranno comunicate esclusivamente tramite i siti internet dello Snals e della Confsalform agli indirizzi www.snals.it/verona .

Luogo e Data _____

Firma _____

Trattamento dati, ai sensi di quanto previsto dal D.L.vo n. 196/2003 il sottoscritto autorizza formalmente il trattamento dei propri dati personali per i fini connessi alla gestione del corso.

Il sottoscritto autorizza altresì l'eventuale comunicazione dei propri dati per la spedizione di materiali didattici e di documentazione.

Luogo e Data _____

Firma _____