**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

**FORMAZIONE PERMANENTE DEGLI ASSISTENTI SOCIALI E DEGLI EDUCATORI PROFESSIONALI CHE OPERANO CON MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI E NEOMAGGIORENNI**

**TITOLO CORSO**: Modalità per affrontare le problematiche psichiatriche presenti nei MSNA

**CODICE** F4 **DATA:** **SEDE:** Fondazione Opera Sacra Famiglia – Impresa Sociale

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME:** | | **NOME:** | | | |
| **LUOGO DI NASCITA:** | | | | | |
| COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA: | | | | | PROVINCIA: |
| STATO DI NASCITA: | | | | DATA: / / | |
| CODICE FISCALE: | | | | SESSO: □ M □ F | |
| CITTADINANZA: | | | | | |
| **RESIDENZA:** | | | | | |
| VIA/PIAZZA/LOCALITÀ: | | | | | N°: |
| PROVINCIA: | COMUNE: | | | | CAP: |
| **DOMICILIO** *(se diverso dalla residenza)****:*** | | | | | |
| VIA/PIAZZA/LOCALITÀ: | | | | | N°: |
| PROVINCIA: | COMUNE: | | | | CAP: |
| **CONDIZIONE ATTUALE** | □ OCCUPATO | | □ EDUCATORE  □ ASSISTENTE SOCIALE □ OPERATORE IN COMUNITA’ | | |
| □ DISOCCUPATO | |
| TITOLO DI STUDIO: | | | | | |
| **ENTE/ORGANIZZAZIONE DI APPARTENENZA:** □ Pubblica Amm.ne □ Ente Privato/Azienda | | | | | |
| DENOMINAZIONE/RAGIONE SOCIALE: | | | | | |
| SERVIZIO DI APPARTENENZA/RIFERIMENTO: | | | | | |
| **RECAPITI** *(obbligatori almeno un recapito telefonico ed un indirizzo email)***:** | | | | | |
| TELEFONO: | CELLULARE: | | | | |
| EMAIL AZIENDALE: | | | | | |
| EMAIL PERSONALE: | | | | | |

*NOTA: Tutti i dati richiesti sono obbligatori ai fini dell’iscrizione. Allegare documento di riconoscimento e codice fiscale.*

Il/la sottoscritto/a, apponendo la propria firma, dichiara di aver letto e compreso l’informativa sul trattamento dati (ai sensi Art.13 Reg. 679/16) qui allegata.

DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_