**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_