**“Studio Logopedico” di Mestre**



Sedi: Via Rubicone 16-22, 30173 Mestre-Venezia (Ve)

 Via Volturno 49, 30173 Mestre-Venezia (Ve)

***Corso di formazione***

**STRUMENTI COMPENSATIVI, APP INNOVATIVE E DIDATTICA INCLUSIVA:**

**COME MIGLIORARE IL LAVORO IN CLASSE CON STUDENTI DSA**

**07-08 Aprile 2017**

**Compilare (al computer) obbligatoriamente tutti i riquadri evidenziati**

|  |
| --- |
| Data  |
| Nome Cognome  |
| Indirizzo (Via/Piazza- N°-Città-Provincia)  |
| Telefono da chiamare in caso di comunicazioni relative al corso  |
| Mail  |
| **DATI PER LA FATTURAZIONE**Nome Cognome Indirizzo (Via/Piazza- N°-Città-Provincia ) Codice Fiscale: Partita IVA:  |
| **PROFESSIONE**  Scuola di appartenenza  |
| Materie di insegnamento  |
| **AUTORIZZAZIONI** |
| (mettere una X ) SI  |  NO  |
| Se SI, acconsente a ricevere le informazioni relative ai corsi tramite e-mail?  |
| (mettere una X ) SI NO Qualora non volesse essere contattato/a tramite posta elettronica, troverà tutte le informazioni sui nostri corsi nel sito [www.studiologopedico-mestre.it](http://www.studiologopedico-mestre.it) , nelle NEWS della home page e/o nella sezione “ATTIVITA’ → CORSI DI FORMAZIONE” |
| **Ha già partecipato ad un corso proposto dallo Studio Logopedico?**  **Il/la sottoscritto/a:**  Autorizza il trattamento dei dati personali riportati nella presente dichiarazione limitatamente alla procedura per la partecipazione alle attività dello Studio Logopedico di Mestre (Ve), ai sensi dell’art. 23, D. Lgs. N. 196/2003.**Firma** (da apporre il primo giorno del corso): **Data:**  |
| Inviare la scheda di iscrizione via mail all’indirizzo: educatoristlog@gmail.com entro il 31.03.2017**Per la conferma di iscrizione attendere una mail di risposta**.Nel caso di rinuncia al corso si prega di comunicarlo **almeno 7 giorni** **prima** della data di inizio del corso. |
| **Grazie per la collaborazione****Equipe Educativa Studio Logopedico Mestre**  |