

Titolo del corso **“AUTISMO E METODOLOGIE DI INTERVENTO”**

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ prov _____

Codice fiscale o p.iva _____

Città di residenza _____ via/piazza _____

Cap _____ prov _____

Tel _____ tel cellulare _____

e-mail _____

Titolo di studio: (con l'attestato regionale barrare anche il titolo di base conseguito)

3 anni post media (specificare) _____

maturità (specificare) _____

diploma universitario/laurea breve (specificare) _____

laurea/laurea specialistica (specificare) _____

Attestato regionale di qualifica professionale di:

ASA OSS animatore educatore professionale

altro (specificare) _____

Ente di appartenenza: da compilare solo se proveniente da

ente pubblico privato sociale privato

Denominazione _____

via/piazza _____

Cap _____ località _____ prov _____

Tel _____ fax _____

1. dipendente tempo indeterminato (di ruolo)

a tempo determinato (contratto a termine)

2. non dipendente rapporto libero professionale/co.co.co. (n° ore settimanali _____)

altro (specificare) _____

3. socio lavoratore

4. volontario

Ente in cui opera dal _____

se privato indicare se convenzionato con il pubblico si no

Indicare la tipologia del servizio in cui lavora:

- Area minori, giovani, famiglia
 - Consultorio familiare e/o materno infantile
 - Nido e/o centro prima infanzia, nido famiglia
 - Centro di aggregazione giovanile (CAG), centro ricreativo, educativa di strada
 - Comunità educativa, pronto intervento, alloggio per l'autonomia, comunità familiari
 - Assistenza domiciliare minori (ADM)
 - Servizio tutela e altri servizi minori (affidi, adozioni, penale minorile, ecc.)
- Area dipendenze
 - Servizio dipendenze (SerT, comunità alloggio ecc.)
- Area disabilità
 - Struttura residenziale per disabili (comunità, comunità socio sanitaria CSS, residenza sanitaria disabili RSD, istituto di riabilitazione IDR)
 - Centro socio educativo (CSE), centro diurno disabili (CDD)
 - Assistenza domiciliare handicap (ADH)
 - Servizio/Nucleo inserimento lavorativo (SIL, NIL), Servizio formazione all'autonomia (SFA)
- Area anziani
 - Residenza sanitaria assistenziale (RSA), Istituto di riabilitazione (IDR), comunità alloggio
 - Assistenza domiciliare anziani (ADI, SAD, CMA)
 - Centro diurno per anziani (CDA), centro diurno integrato (CDI)
- Area istituzionale
 - Servizio Sociale Comunale/Ufficio di Piano/Servizio di Dipartimento ASSI
 - Istruzione

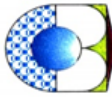

Data _____

Firma dell'interessato _____

Ai sensi del D.Lgs. 196/03, autorizza al trattamento dei propri dati personali per gli adempimenti necessari in relazione al corso e per l'invio di materiale informativo relativo a iniziative di formazione.

Data _____

Firma dell'interessato _____

 <p>cooperativa sociale cascina bianca a.r.l.</p>	<p>COOP. SOC. CASCINA BIANCA a r.l. Scheda d'Iscrizione</p>	 <p>Certificato n. IT15/0764</p>	<p>Mod. 11-02 Mar 2017</p>
--	---	--	--------------------------------

L'interessato chiede l'iscrizione al corso nelle date e nella sede selezionate di seguito:

- 6/10, 20/10, 10/11, 24/11, 01/12 dalle 17,00 alle 20,00 a Corsico in via Milano 9
- 7/10, 21/10, 11/11, 25/11, 02/12 dalle 9,30 alle 12,30 a Corsico in Via Milano 9
- 7/10, 21/10, 11/11, 25/11, 02/12 dalle 9,30 alle 12,30 a a Cernusco sul Naviglio in Via Buonarroti 59
- 12/10, 26/10, 9/11, 23/11, 30/11 dalle 17,00 alle 20,00 a Cernusco sul Naviglio in Via Buonarroti 59
- 20/01, 03/02, 17/02, 03/03, 17/03 dalle 9,30 alle 12,30 a Milano in Via delle Forze Armate 260

Si impegna altresì a provvedere al pagamento della quota di iscrizione, pari a €150,00, secondo le modalità indicate nelle "Condizioni", facendo pervenire copia dell'avvenuto pagamento all'ente organizzativo, almeno 7 giorni feriali prima dell'avvio del corso.

Data _____ **Firma dell'interessato** _____

CONDIZIONI

1. L'iscrizione al corso è formalizzata mediante la compilazione e accettazione della presente scheda, e si perfeziona con il pagamento della quota di iscrizione
2. La Cooperativa Sociale Cascina Bianca si impegna ad erogare il corso di formazione al raggiungimento del numero minimo di partecipanti previsto.
3. Il pagamento del corso potrà avvenire attraverso bonifico bancario intestato a Cooperativa Sociale Cascina Bianca
IBAN: IT 03 H 05584 01625 000000018514
Banca Popolare di Milano
Causale: iscrizione corso formazione dal titolo "Autismo e metodologie di intervento"

Per accettazione

Data _____ **Firma dell'interessato** _____