

**Con la presente desidero iscrivermi al corso** .....  
*(indicare il titolo del corso: ad es. P.A.S. 1° liv., Bright Start, Metacognizione ecc...)*

**che si terrà a** *(indicare la città)* .....

**DA INVIARE A C.A.M.:**  
**fax 0541 742632; e-mail: info@cam.rn.it**

**DATI PERSONALI**

.....  
Cognome Nome

..... (.....)  
Indirizzo n. CAP Città Prov.

(.....) .....  
Prefisso Telefono Fax e-mail

.....  
Codice Fiscale Data e luogo di nascita

.....  
Titolo di studio Professione

**DATI PROFESSIONALI**

.....  
Sede lavoro (Ente, Scuola...) Indirizzo lavoro

..... (.....) .....  
CAP Città Prov. Prefisso Telefono Fax

*Autorizzo il C.A.M. ad inserire i miei dati nelle sue liste per l'invio di materiale informativo sulle attività del Centro. In ogni momento, a norma della legge 196/03, potrò avere accesso ai miei dati, chiedendone la modifica o la cancellazione oppure oppormi al loro utilizzo scrivendo a C.A.M. Centro per l'Apprendimento Mediato - via Celle, 3 - 47900 Rimini*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_