

Il/La sottoscritto/a* _____

Nato/a a* _____ il* _____

Residente a* _____ Prov.* _____

Via/Piazza* _____ n _____ CAP* _____

Telefono cellulare _____ e-mail* _____

documento di identità _____

DICHIARA

☐ (di essere) Insegnante ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato

Ordine di Scuola ☐ Infanzia ☐ Secondaria di I grado

☐ Primaria ☐ Secondaria di II grado

☐ di essere specializzato _ per le attività di sostegno, presso l'Università _____ nell'anno _____ *

☐ di prestare attualmente servizio in qualità di ☐ docente incaricato/a su posto di sostegno
☐ docente incaricato/a su posto comune o disciplinare

☐ (di essere): ☐ Dirigente Scolastico

☐ Genitore

☐ Assistente ad personam o Educatore o Facilitatore

☐ Altro (specificare) _____

☐ di aver versato la quota associativa di euro 30,00 (socio ordinario)

☐ in contanti

☐ tramite Bonifico Bancario intestato a "Coordinamento Italiano Insegnanti di Sostegno" (Nota bene: nella causale del versamento scrivere: "Quota associativa anno 2026")

IBAN						
BANCA UNICREDIT	PAESE	CIN EU	CIN IT	ABI	CIN IT	N.C/C
	IT	24	O	02008	35660	000105535637

→ il CIN è una "O" (di Otranto), si scrive con la lettera maiuscola

Avendo preso visione dello Statuto e condividendone le finalità,

CHIEDE

di aderire al C.I.I.S. in qualità di socio ordinario.

Data _____ Firma _____

Acconsento alla comunicazione dei miei dati personali ed al loro successivo uso secondo quanto specificato nell'informativa indicata qui sotto: (barrare e firmare). **SÌ** **NO**

Data _____ Firma _____

INFORMATIVA PRIVACY

L. 675/96 Autorizzo l'Associazione C.I.I.S. (Coordinamento Italiano Insegnanti di Sostegno), a inserire i miei dati nelle sue liste per il trattamento degli stessi ai fini divulgativi e/o scientifici collegati all'attività dell'Associazione. Tutti i dati conferiti potranno anche essere trattati dal medesimo Coordinamento Italiano Insegnanti di Sostegno per l'invio di materiale informativo relativo a iniziative, nonché note informative riguardanti l'ambito professionale, per l'invio dei dati relativi al recapito al/ai collega/colleghi referenti delle sezioni territoriali distaccate ed ogni altra attività correlata alle finalità del Coordinamento. In ogni momento, a norma dell'art. 13 Legge 675/96, potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure oppormi gratuitamente al loro utilizzo.

Data _____ Firma _____

* dati obbligatori

N.B. Compilare e inviare a scuolaciis@gmail.com
(è possibile inoltrare copia anche tramite messaggistica istantanea indicando nome e cognome: numero WhatsApp - al +39 351 813 4857)