

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
- Scuola **Infanzia** **Primaria** **Secondaria di I grado** **Secondaria di II grado**
- di essere specializzato per le attività di sostegno
- di prestare attualmente servizio in qualità di:
- insegnante incaricato su posto di sostegno
 - insegnante incaricato 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 20,00 (socio ordinario)
- in contanti
 - tramite **Bonifico Bancario** intestato a "Coordinamento Italiano Insegnanti di Sostegno" (Nota bene: nella causale del versamento scrivere: "**Quota associativa anno** _____")

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

e, 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/colleghe 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 oppure tramite messaggistica istantanea (WhatsApp) al +39 346 690 3726