

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI VOLONTARIATO

“VOGLIA DI ESSERCI. DIVENTA ANCHE TU VOLONTARIO”

Modulo di iscrizione da inviare entro le ore 13.00 del giorno 15 ottobre 2013 all'indirizzo e-mail segreteria@lacasasullaroccia.it o a mano presso la Segreteria de La Casa sulla Roccia sita in Rione San Tommaso, 85 tutte le mattina dal lunedì al venerdì.

Il/La sottoscritto/a : nome _____ cognome _____
 essere nato/a _____ Prov _____ il _____
 di essere residente a _____ in via : _____
 cellulare _____ e-mail _____ @ _____

(compilare solo gli spazi interessati)

in possesso del seguente titolo di studio _____
 conseguito presso _____

iscritto alla Scuola Media Superiore _____ anno _____

presso l'Università _____

Corso di Laurea _____ anno _____

occupato in attività lavorativa presso _____

in attesa d'occupazione

con precedenti esperienze di volontariato presso _____

dove mi sono occupato di _____

di avere come hobby/passioni/ particolare propensioni _____

venuto a conoscenza del Centro di Solidarietà La Casa sulla Roccia

- tramite internet
- conoscenti/ familiari
- attraverso attività dell'Associazione organizzate sul territorio
- attraverso la scuola/l'Università

interessato a vivere un'esperienza di volontariato presso La Casa sulla Roccia perché _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alle selezioni per l'ammissione al Corso di Volontariato indetto dal Centro di Solidarietà "La Casa sulla Roccia" di Avellino.

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003:

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente a fini amministrativi concernenti il rapporto di collaborazione con questo Ente di cui alla presente richiesta. Non saranno oggetto di comunicazione né di diffusione. In ogni momento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall'articolo 13 della predetta legge ed in particolare chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi. Si informa inoltre che il titolare del trattamento è l'Istituto Superiore di Sanità.

Data..... Firma.....