



SEDE CENTRALE ENS – ETS APS
AREA LIS / FORMAZIONE

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA RIPETIZIONE ESAMI DEL CORSO PER INTERPRETI

SPETT.LE ENTE NAZIONALE SORDI
AREA LIS/FORMAZIONE - SEDE CENTRALE
VIA GREGORIO VII, 120
00165 - ROMA
formazione@ens.it
protocollo@ens.it

____ L ____ SOTTOSCRITT _____ **CHIEDE DI PARTECIPARE ALLA
RIPETIZIONE DEI ESAMI DEL CORSO PER INTERPRETI:**

CORSISTA PROVENIENTE DAL CORSO PER INTERPRETI ORGANIZZATO DALLA SEDE ENS DI: _____
CON SEDE IN: _____ PERIODO DEL CORSO: _____
DEL CODICE PROGETTO _____

DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI RESE E SOTTOSCRITTE NELLA PRESENTE DOMANDA HANNO VALORE DI AUTOCERTIFICAZIONE E CHE IN CASO DI DICHIARAZIONI E/O ATTI MENDACI SI APPLICANO LE SANZIONI PREVISTE DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA (D.P.R. 445 del 28/12/2000 art. 76).

DATI OBBLIGATORI:

DATA DI NASCITA: ____/____/____ LUOGO DI NASCITA: _____ PROV. _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA: _____

CAP: _____ CITTA': _____ PROV. _____

CODICE FISCALE: _____ CELL.: _____

EMAIL: _____

DOMICILIO (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)

INDIRIZZO: _____

CAP: _____ CITTA': _____ PROV. _____

PERSONA UDENTE

PERSONA SORDA

DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA RIPETIZIONE DELL'ESAME DEL CORSO PER INTERPRETI – ORGANIZZATO DALL'AREA LIS / FORMAZIONE SARA' SVOLTO VIA ZOOM ED ESSERE RESPONSABILE DELLA BUONA CONNESSIONE INTERNET ED L'ULTIMO ESAME PER COLORO CHE SOSTERRANNO L'ESAME.

LA RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE E' RELATIVO ED ESCLUSIVAMENTE ALL'ACCESSO DELLA RIPETIZIONE DEL CORSO PER INTERPRETI EFFETTUATO E CONCLUSOSI PRESSO LA SEZIONE ENS DI _____ ANNO _____ E DI AVERE I SEGUENTI REQUISITI ALL'AMMISSIONE PER L'ESAME SCEGLIENDO UNO DELLE SEGUENTI DATE:

- 26 Novembre dalle ore 15:30 alle ore 19:30
- 27 Novembre dalle ore 15:30 alle ore 19:30
- 28 Novembre dalle ore 15:30 alle ore 19:30
- 29 Novembre dalle ore 15:30 alle ore 19:30
- 07 Dicembre dalle ore 09:30 alle ore 13:30
- 07 Dicembre dalle ore 15:30 alle ore 19:30

LA QUOTA DI PARTECIPAZIONE ALLA RIPETIZIONE DELL'ESAME AMMONTA: € 50,00

MODALITA' DI PARTECIPAZIONE:

LA PRESENTE DOMANDA VA INVIATA **ENTRO E NON OLTRE IL 15/11/2024** VIA EMAIL: formazione@ens.it dopo questa data di scadenza vi sarà comunicato l'orario esatto dell'esame da sostenere.

ALLEGANDO COPIA DELLA RICEVUTA DEL PAGAMENTO DELLA QUOTA DEI DIRITTI DI SEGRETERIA

Modalità di pagamento dei diritti di segreteria: Importo € 50,00 (Cinquanta//00)

CAUSALE: *COGNOME E NOME RIPETIZIONE ESAME CORSO PER INTERPRETE LIS*

INTESTATO A: ENTE NAZIONALE SORDI ONLUS - AREA FORMAZIONE.

MODALITA' DI PAGAMENTO: BONIFICO BANCARIO SUL C/C N°: [IT 52 K 03069 09606 100000156780](#)

DATI PER LA FATTURAZIONE:

RAGIONE SOCIALE: _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA: _____

CAP: _____ CITTA': _____ PROV. _____

CODICE FISCALE: _____ P. IVA.: _____

N.B. SARA' EMESSA REGOLARE FATTURA SOLO ED ESCLUSIVAMENTE AL SOGGETTO CHE RISULTERA' ESSERE L'ORDINANTE O IL TRAENTE.

DIRITTO DI RECESSO:

L'iscritto potrà annullare la propria partecipazione entro e non oltre il termine di 14 giorni solari dalla data di sottoscrizione della presente domanda, dandone comunicazione scritta, da inviare tramite posta elettronica alla sede di svolgimento dell'iniziativa. In tal caso la somma versata verrà restituita mediante rimborso che sarà effettuato entro 60 giorni dalla data di ricezione della richiesta di recesso.

Ipotesi di rimborso della quota di partecipazione da parte della sede organizzatrice: la quota di iscrizione verrà restituita unicamente al mancato svolgimento dell'iniziativa per cause non imputabili all'iscritto.

Oltre il termine di 14 giorni solari (Decreto Legislativo 21 febbraio 2014, n. 21), e non sussistendo cause imputabili alla sede organizzatrice, l'iscritto che vorrà per qualsiasi motivo sospendere la partecipazione è tenuto comunque al pagamento integrale della quota di partecipazione.

AUTORIZZAZIONE/LIBERATORIA PER LA PUBBLICAZIONE DI IMMAGINI VIDEO E/O FOTOGRAFICHE:

____|____ sottoscritt _____ con la presente autorizza la divulgazione di immagini video o fotografiche riprese durante le attività e/o eventi organizzati dall'Ente Nazionale Sordi – ETS APS finalizzate all'eventuale pubblicazione cartacea e/o on-line in contesti inerenti la divulgazione e documentazione delle attività formative dallo stesso organizzate e contestualmente ne vieta l'uso in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro del soggetto ripreso. L'utilizzo delle immagini è da considerarsi effettuato in forma gratuita. La presente autorizzazione esclude eventuali responsabilità per manomissioni o uso improprio di tali immagini da parte di terzi.

LUOGO _____ DATA ____/____/____ FIRMA _____

AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30.06.2003 l'iscritto dichiara di dare il proprio assenso al trattamento dei propri dati personali, acquisiti dall'ENS tramite supporti cartacei e telematici per lo svolgimento dell'attività formativa. Tali dati non saranno comunicati a terzi.

LUOGO _____ DATA ____/____/____ FIRMA _____

ALLEGATI RICHIESTI:

- Scheda Valutazione Globale;
- Tesina (utilizzata nell'ultimo esame);
- Video della tesina da inviare via we transfer alla mail formazione@ens.it;
- Certificato di frequenza in caso di superamento delle ore di assenze consentite o esito negativo (mod. 4.16.1);
- Copia della ricevuta di pagamento della quota dei diritti di segreteria;
- _____
- _____