



SEDE CENTRALE ENS - ETS APS
AREA LIS / FORMAZIONE

**DOMANDA DI RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO AL RN ENS
PER DOCENTE DI DISCIPLINA COMPLEMENTARE
(RND 2° MODULO)**

ANNO DI RIFERIMENTO: 2025

SPETT.LE SEDE CENTRALE ENS
AREA LIS / FORMAZIONE

formazione@ens.it e protocollo@ens.it

__L__ SOTTOSCRITT _____

PRESENTA LA DOMANDA DI RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO AL REGISTRO NAZIONALE DOCENTI DI DISCIPLINA COMPLEMENTARE (RND 2° MODULO) DELL'ENS.

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 PENSALE 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: _____

DOCENTE ACCREDITATO DI:

- LCE/ _____ (LEGISLAZIONE PER LE PERSONE SORDE IN ITALIA (EX LEGISLAZIONE SULLA SORDITA') E CODICE ETICO ENS);
- L/ _____ (LEGISLAZIONE PER LE PERSONE SORDE IN ITALIA);
- CE/ _____ (CODICE ETICO ENS);
- ENS/ _____ (ENS: STORIA DELLE ASSOCIAZIONI DEI SORDI, STORIA DELL'ENS, STRUTTURA, FINALITA' E SERVIZI)

REQUISITI PREVISTI PER IL RINNOVO:

1. VERSAMENTO DELLA QUOTA D'ISCRIZIONE PER IL RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO

IMPORTO: € _____,00 (€ 15,00 per ogni disciplina complementare)

CAUSALE: **COGNOME E NOME - RINNOVO ACC. RND 2 - 2025** - INTESTATO A: ENTE NAZIONALE SORDI ONLUS -
AREA FORMAZIONE**MODALITA' DI PAGAMENTO: BONIFICO BANCARIO SUL C/C N°: IT 52 K 03069 09606 10000156780**

2. COPIA TESSERA SOCIO ENS IN CORSO DI VALIDITA' (2025)

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. Tali dati non saranno comunicati a terzi. Acconsente altresì alla pubblicazione del proprio indirizzo e-mail all'interno del sito istituzionale ENS nell'elenco degli accreditati al RND 2° modulo.

SI ALLEGANO:

- COPIA DELLA RICEVUTA DI PAGAMENTO
- COPIA DELLA TESSERA ENS (ANNO: 2025)

LUOGO _____ DATA ____/____/____ FIRMA _____