



COMUNE DI VAILATE

26019 Vailate PROVINCIA DI CREMONA
SERVIZI SOCIALI

MODULO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

Saresti interessato a frequentare un corso di lingua italiana -livello base?

SI

NO

Cognome:	Nome:		
Nato/a a:		Il:	
Nazionalità:		Genere <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Residente a:			
Lingua madre:		Altre lingue parlate:	
Titolo di studio:		Anni scolarizzazione:	
Anno di arrivo in Italia:			
Situazione lavorativa:			

ALTRE INFORMAZIONI

Il sottoscritto dichiara di aver già frequentato corsi di lingua italiana si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Se si indicare: ente erogatore _____ livello _____ durata (in ore) _____
Recapito telefonico:		Recapito e-mail:

Data

FIRMA

Il/La sottoscritto/a autorizza l'Ente in indirizzo al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di richiesta in oggetto, ai sensi del D. Lgs.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e Regolamento UE 679/2016.

Data

Firma

Restituire all'Ufficio Servizi Sociali entro la data del 20.08.2024: a mano durante gli orari di apertura o tramite mail all'indirizzo: assistentesociale@comune.vailate.cr.it