



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 checked="" type="checkbox"/>	Se sì 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