



MODULO DI ISCRIZIONE

CORSO LIS I livello

15 gennaio 2020 - 9 dicembre 2020

Compilare il modulo in ogni sua parte.

NOME e COGNOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

CITTADINANZA _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

CITTÀ - CASTELLO _____

NAZIONE _____

NUMERO DI TELEFONO _____

E-MAIL _____

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

LA PRESENTE DOMANDA VA INVIATA **ENTRO E NON OLTRE il 3 GENNAIO 2020**, via e-mail a associazionesordisanmarino@gmail.com, ALLEGANDO COPIA DELLA RICEVUTA DI PAGAMENTO DELLA CAPARRA D'ISCRIZIONE, € 100,00 (cento/00) CON LA SEGUENTE CASUALE : Iscrizione Corso 1° Livello LIS – Cognome e nome

In caso di ritiro dal corso la caparra (€ 100) non verrà rimborsata.

Numero minimo studenti iscritti 4, massimo 15.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

BONIFICO BANCARIO:

Beneficiario: Associazione Sportiva e Culturale Sordi Sammarinesi
BANCA AGRICOLA COMMERCIALE/ IBS - filiale San Marino Città
IBAN SM80A0303409801000010112067

Per ragioni amministrative non possiamo accettare pagamenti in altre forme ne pagamenti il giorno del corso.

La ricevuta del pagamento e la tessera verranno consegnate il giorno del corso.

LUOGO _____

DATA ____/____/____

FIRMA _____

COSTO DEL CORSO

- € 350 con più di 10 studenti iscritti (la caparra d'iscrizione verrà sottratta)
- € 400 dai 4 ai 9 studenti iscritti (la caparra d'iscrizione verrà sottratta)

SOLUZIONI PAGAMENTO:

- FORMULA UNICA ENTRO E NON OLTRE IL 14 gennaio 2020
€ 350 o € 400 (se meno di 10 studenti)

- FORMULA RATEALE CON LE SEGUENTI SCADENZE:

1. RATA - ENTRO E NON OLTRE IL **14-01-2020** € 50
2. RATA - ENTRO E NON OLTRE IL **14-03-2020** € 50
3. RATA - ENTRO E NON OLTRE IL **15-05-2020** € 50
4. RATA – ENTRO E NON OLTRE IL **19-06-2020** € 50
5. RATA – ENTRO E NON OLTRE IL **14-09-2020** € 50
6. RATA – **(SOLO IN CASO DI QUOTA TOTALE 400 €)** – ENTRO E NON OLTRE IL **14-11-2020** € 50

DIRITTI DI RIMBORSO E RECESSO

Ipotesi di rimborso della quota d'iscrizione da parte dell'ASCSS, sono unicamente le seguenti:

1. Esclusione dell'iscritto in caso di esubero delle domande rispetto al numero massimo dei partecipanti
2. Mancato svolgimento o rinvio dell'iniziativa per cause non imputabili all'iscritto

Oltre il termine del 03/01/2020 e non sussistendo cause imputabili alla ASCSS, l'iscritto che vorrà per qualsiasi motivo sospendere la partecipazione, è tenuto comunque al pagamento integrale del corso, anche nel caso in cui abbia scelto la modalità di pagamento rateale.

PROGRAMMA CORSO

Il corso di I livello LIS (Lingua dei Segni Italiana) sarà di 155 ore così suddivise:

- 136 lezioni frontali che si terranno il mercoledì dalle 17:30 alle 21:30
- 9 ore di Cultura Sorda che si terranno il sabato dalle 9:30 alle 13:30
- 10 ore di Tirocinio passivo

REQUISITI DI ISCRIZIONE

Non sono richiesti requisiti per l'iscrizione al corso di I livello LIS

Gli studenti, per poter sostenere la prova di valutazione finale e/o avere diritto all'attestato di frequenza, devono aver frequentato almeno l'80% del monte ore complessivo del corso.

LUOGO _____

DATA ____/____/____

FIRMA _____

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

Il/la sottoscritto/a

con la presente autorizza la divulgazione di immagini fotografiche e/o video, riprese durante le attività e/o eventi organizzati dall'ASCSS, finalizzate all'eventuale pubblicazione cartacea e/o online, in contesti inerenti la divulgazione e documentazione delle attività formative 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 DEI DATI PERSONALI

Ai sensi della legge, legge n. 171/2018 art. 3 l'iscritto dichiara di dare il proprio assenso al trattamento dei propri dati personali, acquisiti dall'ASCSS tramite supporti cartacei o telematici per lo svolgimento dell'attività formativa. Tali dati non saranno comunicati a terzi.

LUOGO _____ DATA ____/____/____

FIRMA _____

Grazie per la collaborazione.

Per ulteriori informazioni contattare:

- e-mail associazionesordisanmarino@gmail.com
- messaggio privato sulla nostra pagina Facebook
- sms o WhatsApp ai seguenti numeri:

334 75721981 (Ylenia)

334 8294066 (Cristina – Presidente ASCSS e Docente Corso)

2020

17:30 - 21:30

9:00 - 13:30

Calendario I livello

January

M	T	W	T	F	S	S
30	31	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	1	2

February

M	T	W	T	F	S	S
27	28	29	30	31	1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	1

March

M	T	W	T	F	S	S
24	25	26	27	28	29	1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31	1	2	3	4	5

April

M	T	W	T	F	S	S
30	31	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	1	2	3

May

M	T	W	T	F	S	S
27	28	29	30	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

June

M	T	W	T	F	S	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	1	2	3	4	5

July

M	T	W	T	F	S	S
29	30	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	1	2

August

M	T	W	T	F	S	S
27	28	29	30	31	1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31	1	2	3	4	5	6

September

M	T	W	T	F	S	S
31	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	1	2	3	4

October

M	T	W	T	F	S	S
28	29	30	1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	1

November

M	T	W	T	F	S	S
26	27	28	29	30	31	1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	1	2	3	4	5	6

December

M	T	W	T	F	S	S
30	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	1	2	3