

Oggetto: Domanda di **iscrizione** alla “MASTERCLASS DIDATTICA INCLUSIVA”

DISABILITA' VISIVA -Prof.ssa Nicotra Anna, Prof. Nicotra Giuseppe

_____ sottoscritt _____

nat_ a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ CAP _____ prov. _____

in via _____ cellulare _____

e-mail _____

Allievo interno del Conservatorio F. Torrefranca in _____

Iscritt_ nella classe del M° _____

oppure

Allievo esterno

CHIEDE

alla S.V. di essere iscritt_

- alla Masterclass **DISABILITA' VISIVA -Prof.ssa Nicotra Anna, Prof. Nicotra Giuseppe** per il giorno **27 settembre 2025**

e DICHIARA

di versare contestualmente alla presente domanda la quota d'iscrizione (**indicare di seguito con una X** nella relativa casella la modalità di partecipazione prescelta)

<input type="checkbox"/>	Per singola Masterclass di Didattica inclusiva	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Allievi interni € 50,00	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Allievi esterni € 75,00	<input type="checkbox"/>

tramite **PAGOPA** seguendo le istruzioni riportate nella “GUIDA PER IL PAGAMENTO PER LA QUOTA DI PARTECIPAZIONE ALLA MASTERCLASS” (sezione **Modulistica studenti** del sito web)

link: <https://consvv.it/wp-content/uploads/guida-pagamento-quota-masterclass.pdf>

Luogo e data _____

Firma _____

DICHIARA

Di essere consapevole che l'Istituto può utilizzare i dati nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini Istituzionali propri della Pubblica Amministrazione ai sensi del Regolamento UE 2016/679, del D.Lgs. n° 69 del 28/05/2012 e del Provvedimento del Garante n. 330 del 4 luglio 2013 (pubblicato nella GU n. 174 del 26 luglio 2013), nel rispetto della normativa richiamata e degli obblighi di protezione e riservatezza.

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679, del D.Lgs. n° 69 del 28/05/2012 e del Provvedimento del Garante n. 330 del 4 luglio 2013 (pubblicato nella GU n. 174 del 26 luglio 2013) di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, nel rispetto della normativa richiamata e degli obblighi di protezione e riservatezza.

SI

NO

Luogo e data _____

Firma _____