

## Scheda iscrizione al corso “Musei Arte Autismi”

Con la presente il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ in qualità di

Educatore museale

Educatore specializzato nell'autismo

Presso \_\_\_\_\_

Indicare eventuali contatti stabiliti con

Museo (specificare quale)

Associazione/centro specializzato nell'autismo (specificare quale)

**RICHIEDE**

di partecipare al corso *Musei Arte Autismi* promosso nell'ambito del progetto *L'arte risveglia l'anima*.

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Si autorizza l'utilizzo dei dati contenuti nel presente documento ai sensi del D.lgs. 196/2003.

Firma