

OGGETTO: Iscrizione Esame di Certificazione

Il/La Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa
nato/a il residente a
in.....via.....n°.....Tel.....
cell. indirizzo e-mail C.F.
Diplomata/Laureata in
chiede di partecipare all'**Esame di Certificazione all'Albo Nazionale dell'Associazione AIPED** anno in qualità di,
e di accettare le condizioni stabilite dal regolamento interno **art. 21** .**

Si allega: *

- Attestazione della Laurea/Diploma
- Copia del versamento di € 120,00 (l'importo è comprensivo della quota associativa anno
In corso, marca da bollo e delle spese di organizzazione e gestione)
- Attestazione del Diploma di Specializzazione
- Copia documento di identità e Codice Fiscale
- Curriculum professionale

* Segnare le voci interessate

** L'iscrizione all' Albo Nazionale interno di categoria viene confermata annualmente con il rinnovo della quota associativa e l'ottemperanza agli oneri della formazione continua da documentare ogni tre anni. Venendo meno l'iscrizione all'associazione, è obbligo dell'associato restituire la certificazione rilasciata dall'AIPED.

Firma

Il/La sottoscritto/a dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui **art. 13 del GDPR 2016/679**, nonché di avere avuto conoscenza che i dati da me conferiti hanno anche natura di dati sensibili, quindi acconsento al trattamento dei miei dati per le finalità e con le modalità indicate nella informativa stessa.



A.I.PED. Associazione **Italiana** Pedagogisti

SEDE NAZIONALE

Via Rolando Lanari, 5 - 92100 Agrigento

Tel./Fax 0922 556408 – Cell. 346 3141251

C.F. 93058510848 – www.aiped.it / e-mail info@aiped.it - aiped@pec.it

COORDINATE BANCARIE

VERSAMENTO : Bonifico bancario

INTESTAZIONE : **AIPED – Associazione Italiana Pedagogisti**

Via Rolando Lanari, 5 – 92100 Agrigento

Banca: **Banca Sella**

Coord. Bancarie : **IBAN IT 62B0326816600052602667350**

CAUSALE: **Esame di Certificazione Albo Nazionale AIPED anno**