



Centro Territoriale di Supporto per i D.S.A.



## “Comunicare senza barriere”

### Per un corretto approccio con l'alunno e studente sordo

#### MODULO DI ISCRIZIONE

Da compilare chiaramente in stampatello e inviare **entro il 7 Febbraio 2014**

In Fax al n. **0586 210024** o in mail a: **ctslivorno@liceocezioni.gov.it**

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_

(nome) \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

In servizio presso l'istituto \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

In qualità di docente  di ruolo  non di ruolo  specializzato  curricolare

Su classe  con alunno sordo

Luogo \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / 2014

Firma \_\_\_\_\_

Le iscrizioni chiuderanno al raggiungimento del numero massimo di 30 partecipanti.

#### Per informazioni:

**gori\_r@liceocezioni.gov.it**

**associazionecomunico@gmail.com**