

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE CORSO FLIPPED CLASSROOM

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al corso **“Flipped Classroom, la classe capovolta”** della durata di 25 ore

A tal fine, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità ed uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

1) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
nazione \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ I

2) di essere di sesso [M] [F]

3) di essere cittadino [ ] Italiano  
[ ] Comunitario \_\_\_\_\_ (indicare nazionalità)

4) di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

5) di essere domiciliato (se indirizzo diverso dalla residenza) al seguente indirizzo  
Comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

6) di avere il seguente indirizzo di posta elettronica per eventuali comunicazioni

(campo obbligatorio e compilato in modo leggibile)

7) di essere docente di “.....” presso l'istituto \_\_\_\_\_ con sede in  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

8) di autorizzare l'AdIM Srl al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del D.Lgs.vo n. 196/2003

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma

### Liberatoria di utilizzo delle immagini

9) di autorizzare l'AdIM Srl alla pubblicazione di materiale video e fotografico nell'ambito delle attività inerenti il corso. Prendo atto della eventuale possibile registrazione nei motori di ricerca e della possibilità che l'immagine venga pubblicizzata via web, stampa e qualsiasi altra modalità. Autorizzo la pubblicazione dei dati personali nella forma in cui sono esposti che accetto come conformi alle esigenze di privacy. Autorizzo, secondo le esigenze tecniche, eventuali modifiche delle immagini fornite e ne fornisco il pieno consenso alla pubblicazione. Attraverso questa istanza liberatoria l'AdIM Srl viene svincolata da ogni responsabilità diretta o indiretta inerente i danni al mio patrimonio e alla

AdIM S.r.l.

Sede Legale 00187 Roma (RM) – Via Calabria, 56  
Sede Amm.va 80143 Napoli – Via Nuova Poggioreale, 61 C.P. INAIL T. 7 P. 9°  
Capitale Sociale 25.000,00 I.V. - P.IVA 03942060652  
Tel. 081 7871810 – Fax 081 32231125  
[www.adim.info](http://www.adim.info) – [segreteria@adim.info](mailto:segreteria@adim.info)

1

mia all'immagine. Il sottoscritto, conferma di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra concesso. La presente autorizzazione non consente l'uso dell'immagine in contesti che pregiudichino la propria dignità personale ed il decoro e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma*

**Documentazione allegata alla domanda:**

1. copia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità
2. copia curriculum vitae

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma*

**AdIM S.r.l.**

=====

Sede Legale 00187 Roma (RM) – Via Calabria, 56  
Sede Amm.va 80143 Napoli – Via Nuova Poggioreale, 61 C.P. INAIL T. 7 P. 9°  
Capitale Sociale 25.000,00 I.V. - P.IVA 03942060652  
Tel. 081 7871810 – Fax 081 32231125  
[www.adim.info](http://www.adim.info) – [segreteria@adim.info](mailto:segreteria@adim.info)

2