

1° Corso di alfabetizzazione informatica per le donne di Sogliano Cavour

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

La sottoscritta _____ nata a _____
il ____ / ____ / _____ e residente a _____
in via _____ n° _____
stato civile _____
figli di età compresa tra i 3 e i 10 anni n° _____

CHIEDE

di poter partecipare al 1° Corso di alfabetizzazione informatica organizzato dall'Assessorato alle Pari Opportunità e all'Innovazione Tecnologica del Comune di Sogliano Cavour e dalla Consigliera di Parità della Provincia di Lecce e della Regione Puglia.

Chiede l'utilizzo del servizio di baby parking per il/i proprio/i figli. SI ☐ NO ☐

Luogo e data _____

Firma
