

**ALLEGATO A**  
**CORSO DI STORIA E DIDATTICA DELLA SHOAH**  
**ADESIONE AL CORSO**  
**CHE SI SVOLGERA' PRESSO L'UNICAL- ARCAVACATA DI RENDE (CS)**  
**16-17 OTTOBRE 2015**

Alla c.a. della  
del  
Dott. Paolo Coen  
Università della Calabria  
Cubo 17 B – quinto piano - Università della Calabria

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a ....., il ....., residente a .....  
....., provincia....., via/piazza....., cap.....  
(telefono.....; cellulare.....; email.....

dichiara di voler prendere parte al Corso di Storia e didattica della Shoah, istituito dall'Università della Calabria il 17 ed il 18 ottobre 2014. Al tal proposito dichiara di lavorare in qualità di docente presso il seguente istituto scolastico:

.....,  
ubicato in....., provincia....., ove insegna la/le  
seguito/i materia/e.....

Chiede inoltre di poter usufruire delle strutture residenziali dell'Università della Calabria la notte compresa fra venerdì 16 e sabato 17 ottobre 2015.

*Importante: segnare con chiarezza attraverso una X*      sì                                      no

***Si prega di compilare in ogni parte e di spedire, entro e non oltre il 12 ottobre 2015  
, ad uno dei seguenti indirizzi***

E-mail: [cesirabellucci@live.it](mailto:cesirabellucci@live.it) oppure [alessandra.carelli06@libero.it](mailto:alessandra.carelli06@libero.it)

**Per ulteriori informazioni si può la contattare** Dott.ssa Cesira Bellucci –  
[cesirabellucci@live.it](mailto:cesirabellucci@live.it) (tel. 3289465002) oppure dott.ssa Alessandra Carelli –  
[alessandra.carelli06@libero.it](mailto:alessandra.carelli06@libero.it) (tel. 3200949753).

*I responsabili del Corso si impegnano sotto la propria responsabilità ad osservare le leggi vigenti in materia di privacy e di utilizzare le informazioni ricevute unicamente al fine dell'organizzazione del corso stesso o di iniziative simili.*