

FAMILIENERHOLUNGSWOCHEN IN CAVALLINO UND CAORLE

ANMELDUNG ALS BETREUER/IN

Vor- und Zuname: _____

Adresse: _____

Tel. Nr.: _____ Handy Nr.: _____ E-Mail: _____

Geburtsort: _____ Geburtsdatum: _____

Steuernummer: _____

Ich möchte an folgenden Turnus der Familienerholungswochen teilnehmen:

Cavallino vom 23.06.12 bis 07.07.12

Caorle vom 15.07.12 bis 28.07.12

Caorle vom 29.07.12 bis 11.08.12

Meine Sprachkenntnisse in **Deutsch** sind:

sehr gut gut mäßig nur in Wort überhaupt nicht

Meine Sprachkenntnisse in **Italienisch** sind:

sehr gut gut mäßig nur in Wort überhaupt nicht

Ausbildung: _____

Beruf: _____

Erfahrung mit Behinderung: Nein Ja

Wenn ja, welche: _____

Andere nützliche Informationen: _____

Ich erteile dem AEB die Einwilligung zur Verarbeitung dieser Daten gemäß Art. 13 des Gesetzes NR. 196/2003

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit oben angeführten Daten/Informationen

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Ort und Datum: