



**ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI**  
**Costituito dall'Associazione Italiana Minorati dell'Udito e della Parola**

Ente Morale preposto all'attività promozionale, di rappresentanza, di tutela e di studio dei problemi della sordità e della parola

**CONSIGLIO REGIONALE E.N.S. DELL'EMILIA-ROMAGNA**

Via della Braina n. 13 - 40124 BOLOGNA

Tel. e Fax 0512961466 - E-mail: [emiliaromagna@ens.it](mailto:emiliaromagna@ens.it)

<http://www.ens.it>

Codice Fiscale: 04928591009

## Modulo di Iscrizione

COGNOME ..... NOME .....

VIA ..... CAP ..... Città ..... Prov. (.....)

TEL. / FAX ..... E-MAIL: .....

TESSERA ENS 2009 N. .... ENS Sez. Prov./Cons. Reg.le di .....

QUOTA DI ISCRIZIONE: € 1.350,00 (TUTTO COMPRESO) oppure € 1.250,00 (ESCLUSA LA SERATA DI GALA)

- ISCRIZIONE CONFERENZA INTERNAZIONALE dal 04 al 08 AGOSTO 2009;
- PRANZI e COFFEE BREAK (alla conferenza per 3gg.: il 5, 6 e 7 AGOSTO 2009);
- SERATA DI GALA (Contrassegnare con una Crocetta);
- VISITE GUIDATE PREVISTE NEL PROGRAMMA;
- PERNOTTAMENTO HOTEL DAL 03 AL 09 AGOSTO 2009;
- VIAGGIO A / R DA AEROPORTO ORIO AL SERIO Bergamo (Segnalare con Crocetta);
- VIAGGIO A / R DA AEROPORTO MALPENSA DI MILANO (Segnalare con Crocetta);
- SERVIZIO DI INTERPRETARIATO LIS / INGLESE (Conferenza DHI DAL 04 AL 08 AGOSTO 2009);

❖ **NON COMPRENDE QUANTO NON SPECIFICATO NEL PROGRAMMA:**

- ❖ I Pranzi e le Cene ove non previste;
- ❖ Le Spese trasferimento aeroporto in Italia e in Svezia e trasporti Pubblici a Stoccolma sono a carico dei partecipanti;
- ❖ Supplemento Camera Singola € 121,00 al giorno.

**SI PREGA SPECIFICARE LA SCELTA DELL'AEROPORTO DI PARTENZA E RITORNO  
SEGNANDO UNA CROCETTA;**

**SI PREGA SPECIFICARE SE PARTECIPARE AL GALA, SEGNANDO UNA CROCETTA;**



**ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI**  
**Costituito dall'Associazione Italiana Minorati dell'Udito e della Parola**

Ente Morale preposto all'attività promozionale, di rappresentanza, di tutela e di studio dei problemi della sordità e della parola

**CONSIGLIO REGIONALE E.N.S. DELL'EMILIA-ROMAGNA**

**Via della Braina n. 13 - 40124 BOLOGNA**

**Tel. e Fax 0 5 1 2 9 6 1 4 6 6 - E-mail: [emiliaromagna@ens.it](mailto:emiliaromagna@ens.it)**

**<http://www.ens.it>**

**Codice Fiscale: 0 4 9 2 8 5 9 1 0 0 9**

- **ALL'ATTO DELL'ISCRIZIONE SI PREGA VERSARE € 700,00 QUALE QUOTA DI PRENOTAZIONE;**
- **1° ACCONTO € 500,00 ENTRO 22.02.2009;**
- **SALDO € 150,00 ENTRO 08 MARZO 2009.**

**COMITATO ORGANIZZATORE: Ente Nazionale Sordi – ONLUS**  
**Consiglio Regionale dell'Emilia Romagna – Via della Braina n. 13 – 40128 Bologna**  
**TEL. / FAX : 051 296 14 166 - e-mail : [emiliaromagna@ens.it](mailto:emiliaromagna@ens.it)**

**I VERSAMENTI DOVRANNO ESSERE ESEGUITI TRAMITE BONIFICO BANCARIO INTESTATO:**

**Ente Nazionale Sordi – Onlus**  
**CONSIGLIO REGIONALE DELL'EMILIA ROMAGNA**  
**Via della Braina n. 13 – 40128 Bologna**

**presso l'Istituto Bancario BANCA di IMOLA S.p.A.**  
**Agenzia di Via Ferrarese n. 310 – 40128 Bologna**

**Coordinate Bancarie IBAN: IT 65 B 05080 02413 CC0130610734**

**All'atto del versamento, si prega inviare copia dell'avvenuto Bonifico via FAX al n. 051 / 296 14 66 per l'elenco e disposizione dei partecipanti.**

**Il Comitato Organizzatore**  
**ENS Consiglio Regionale**  
**Emilia Romagna - Bologna**