

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CICLO DI
SEMINARI DI ORIENTAMENTO AL LAVORO

IL SETTORE AGROALIMENTARE

Nome e cognome:		Codice Fiscale:	
Data di nascita:		Luogo di nascita:	
Luogo di residenza:		C.A.P.:	Prov.:
Via:			
Tel:		E-mail:	
Compilare la parte interessata:			
In possesso della laurea in <input type="checkbox"/> Laurea triennale <input type="checkbox"/> Magistrale			
Iscritto al corso di laurea in: <input type="checkbox"/> Laurea triennale <input type="checkbox"/> Magistrale			
Diploma di:			
Libero professionista (indicare il settore)			

Dichiara di essere al corrente del Decreto Legislativo DLs 196/03 Testo Unico in materia di privacy ed esprime liberamente il consenso affinché i propri dati personali possano essere utilizzati da Accademia di Agricoltura di Torino per una o più operazioni inerenti l'attività della stessa.

Autorizzo al trattamento dei miei dati:

Data:.....

Firma:.....