CORSO DI FORMAZIONE ALLE COMPETENZE IMPRENDITORIALI - DOMANDA DI AMMISSIONE

DATI ANAGRAFICI

Nome e cognome_____ Sesso: F |__| M |__|

Luogo di nascita _____Prov_____Data di nascita_____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cittadinanza_____

RECAPITO

Città_____Prov_____Cap_____

Indirizzo_____

Telefono_____E-mail_____

Comune di residenza __ _____Prov. _____Cap_____

Indirizzo_____

TITOLI DI STUDIO

Scuola Secondaria Superiore_____

Diploma in_____Voto_____Anno_____

Università_____

Facoltà di_____

Corso di laurea/Diploma di laurea_____

Indirizzo/orientamento_____

Voto/Media esami(*)_____Anno Conseguimento_____

Eventuali corsi post-laurea _____

CONCORSO START CUP TORINO PIEMONTE

Partecipazione alla prima fase del concorso SI |__| NO |__|

Titolo della business idea _____

Chiedo di essere ammesso al Corso di formazione alle competenze imprenditoriali.

Allego i seguenti documenti:

- Copia del diploma corrispondente al titolo di studio più alto che ho conseguito (**)
- Curriculum vitae
- Per quanto riguarda le modalità di iscrizione al corso, ho preso visione dell'informativa allegata.

Ai sensi dell' Art. 13 del D.Lvo 30/6/2003 n. 196, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti per le finalità di gestione della selezione e delle attività didattiche del corso.
Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, e per la frequenza al corso, pena l'esclusione dalla selezione.
Con la firma in calce alla presente attesto il mio libero consenso scritto al trattamento dei miei dati personali e alla comunicazione degli stessi ai fini di poter eseguire quanto sopra descritto o per scopi non incompatibili con tali finalità anche connessi all'invio di materiale promozionale e di marketing, vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge. Ai sensi del D.lvo 196/03 sulla tutela dei dati personali dichiaro di essere a conoscenza dei diritti così come espressi dagli art 7, 8, 9, 10 e di poterli far valere in ogni momento rivolgendomi direttamente al titolare del trattamento.
Il Responsabile del trattamento è il Dott. Nicola Bizzarro.

Data…….. Firma……..

(*) Per i laureandi votazione attesa
(**) Possibile allegare un'autocertificazione