



CORSO DI FORMAZIONE PER GLI ESAMINATORI CELI - FAD

Data di svolgimento Corso _____

SCHEMA di ISCRIZIONE

NOME	
COGNOME	
DATA di NASCITA	
LUOGO di NASCITA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
TELEFONO	
E-MAIL	
OCCUPAZIONE: RUOLO E AMBITO	
SPECIFICARE EVENTUALE CENTRO CELI DI AFFERENZA :	

Il sottoscritto dichiara di essere in possesso dei requisiti richiesti obbligatoriamente per l'accesso al Corso consultabili e scaricabili dal sito www.unistrapg.it

FIRMA

PROTEZIONE DATI PERSONALI - Consapevole dell'importanza di poter esercitare i diritti d'accesso ai trattamenti dei miei dati (Art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio Europeo) ho letto l'informativa sulle modalità di trattamento dei dati personali a voi forniti per questa iscrizione, nel testo pubblicato all'indirizzo <https://www.unistrapg.it/node/4947> ed affisso in ogni Sede d'Esame convenzionata.

Dichiaro di essere a conoscenza del fatto che i miei dati potranno essere forniti dal CVCL ai Centri d'esame CELI interessati per finalità esclusivamente connesse alle attività descritte nell'informativa suddetta, e

acconsento SI NO a questo trattamento.

Firma del Candidato
