DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE AL MASTER POST-UNIVERSITARIO ARCHI.TER.M.A.
(per un approccio interdisciplinare in ambito ARCHItettonico, TERMale, Medico-sanitario, Ambientale)

La domanda va indirizzata a:
Ass. non profit F.I.R.S.Thermae
Prof.ssa Maria Costantino
SEDE LEGALE: Viale dell'Europa Unita, 5 – 80078 – Pozzuoli (NA)
Cell. 3772320882
FAX: 1786070323 (é elettronico non occorre prefisso)
WEB sito: www.firsthermae.org / E-MAIL: segreteria@firshtermae.org

__ L __ SOTTOSCRITT__

COGNOME

NOME

NAT__ IL COMUNE PROV.

INDIRIZZO: via / p.zza / corso /trav. N. CIVICO C.A.P.

COMUNE DI RESIDENZA PROV.

PREFISSO N. TELEFONICO CITTADINANZA

Laureato in

Fax cellulare

E-MAIL

C H I E D E

DI PRE- ISCRIVERSI AL MASTER POST-UNIVERSITARIO ARCHI.TER.M.A. DI DURATA ANNUALE PER SOSTENERE IL COLLOQUIO DI SELEZIONE SU BASE CURRICULARE. IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA DEL FATTO CHE L'ISCRIZIONE AL MASTER E' SUBORDINATA AL SUPERAMENTO DEL COLLOQUIO DI SELEZIONE E CHE L'INVIO DI QUESTA SCHEDA NON IMPLICA UN OBBLIGO DI ISCRIZIONE O PARTECIPAZIONE AL COLLOQUIO, MA INDICA LA MIA DISPONIBILITA' A RICEVERE INFORMAZIONI DETTAGLIATE SUL MASTER.

_____ _____
(Luogo e data) (Firma leggibile e di proprio pugno)

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003e del Regolamento UE 2016/679: i dati personali contenuti nella presente domanda saranno trattati dall'Associazione F.I.R.S.Thermae per l'assolvimento delle funzioni istituzionali.