



SCUOLA DI DOPPIAGGIO

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE

Nome _____

Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Domicilio:

via/piazza _____

n. _____

Comune _____

prov. _____

CAP _____

Telefono _____

Telefono cell. _____

Indirizzo e-mail _____

Categoria di appartenenza:

studente (indicare il corso di studi) _____

lavoratore (indicare il settore) _____

altro (specificare) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (DCR. LGS. 196/2003)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196, che i dati personali raccolti dalla BACKVOICE s.r.l. saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito dell'iniziativa per cui la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____