

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE													
Il/la sottoscritt													
Nat _ a											Prov. ()		
il													
Residente in											Prov. ()		
giorno	mese		anno										
via/piazza													
tel. /cell.							e_mail						
Codice fiscale													
CHIEDE													
di essere iscritto al seguente corso di alta formazione:													
<input type="checkbox"/> Master in Sistemi di gestione qualità e sicurezza informatica;													
<input type="checkbox"/> Master in Sistemi di gestione per la qualità e sicurezza alimentare.													
DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ,													
<input type="checkbox"/> di essere residente in Basilicata alla data iscrizione al corso di Alta Formazione													
<input type="checkbox"/> di essere in possesso del seguente titolo di laurea in:													
<input type="checkbox"/> Tipo di laurea (<i>barrare la parte che interessa</i>):													
diploma di laurea vecchio ordinamento				<input type="checkbox"/>		laurea specialistica/magistrale				<input type="checkbox"/>			
laurea triennale				<input type="checkbox"/>		titolo equipollente università straniera				<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Anno conseguimento laurea						<input type="checkbox"/> Voto di laurea							
<input type="checkbox"/> di essere disoccupato o inoccupato secondo la normativa vigente alla data di pubblicazione del presente avviso. In particolare è:													
<input type="checkbox"/> In cerca di nuova occupazione (<i>disoccupato</i>)							<input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione (<i>inoccupato</i>)						
(luogo e data)							(firma per esteso del dichiarante)						