

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

allegare 2 foto recenti in formato tessera

Il/La sottoscritt _____
 Cognome _____ Nome _____
 Nat _____ a _____ Provincia _____ il _____ 1 9 _____
 Cittadinanza _____ Codice fiscale _____
 Residente a _____ Provincia _____ CAP _____
 Via _____ n° _____
 Domiciliat _____ (indicare solo se diverso dalla residenza) in _____ Provincia _____ CAP _____
 Via _____ n° _____
 Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____
TITOLO DI STUDIO:
 Laurea conseguita presso _____ Voto _____ / _____ Anno di conseguimento _____
Desidera ricevere le comunicazioni: al domicilio ☐ alla residenza ☐

CHIEDE:

di essere ammess... a partecipare alla 1^a edizione del
GOF - Professional Master in Gestione e Organizzazione della Farmacia

dichiara che tutte le informazioni fornite in questa domanda corrispondono al vero
 In fede

Data _____

Informativa all'interessato e consenso ai sensi del D.Lgs.196/2003 (codice della privacy).

I dati personali da Lei forniti con la presente domanda, verranno da noi utilizzati anche con l'ausilio di strumenti elettronici nel pieno rispetto del codice della privacy D.Lgs.196/2003.
 I dati potranno essere comunicati, per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali della Fondazione, a soggetti esterni, aziende e società di consulenza nonché a professionisti preposti alla selezione per le seguenti finalità:

- selezione dei candidati per il GOF - Professional Master in Gestione e Organizzazione della farmacia;
- selezione dei candidati per stage, assunzioni, collaborazioni presso aziende e società di consulenza;
- finalità didattiche, amministrative e di comunicazione legate alla selezione e alla gestione della Sua eventuale partecipazione al F.O.R.U.M., e alla gestione della possibile Borsa di Studio;
- elaborazioni statistiche;
- invio di informative circa le attività che realizzerà la SDOA.

Il conferimento di tali dati è necessario per valutare il profilo degli aspiranti e la loro mancata indicazione può precludere tale valutazione. I dati saranno conservati e utilizzati per le finalità sopra indicate e verranno cancellati decorsi dieci anni dal conferimento. Le ricordiamo che il titolare del trattamento dei Suoi dati è la Fondazione Antonio Genovesi Salerno - **SDOA** con sede in via G. Pellegrino, 19 – 84019 Vietri sul Mare (SA). Per ogni richiesta potrà rivolgersi al Titolare della Regolamentazione e Adempimenti Istituzionali della Fondazione ed esercitare i diritti a Lei attribuiti dall'art.7 del D.Lgs.196/2003 e, in particolare, il diritto di ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali; di ottenere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Ciò premesso Le chiediamo di esprimere il consenso all'utilizzo dei Suoi dati personali ai fini sopra citati.

Data _____ Firma per consenso al trattamento dei dati _____

INFORMAZIONI GENERALI (da compilare accuratamente)

Come è venuto/a a conoscenza del Professional Master G.O.F.?

Giornali ☐ quali ? _____
Manifesti/Locandine ☐ Visti dove? _____
Siti web ☐ Quali? _____
Altro ☐ Conosciuti come? _____
 (specificare) _____

Legge abitualmente quotidiani e/o pubblicazioni specializzate per avere informazioni su master e corsi di specializzazione ? si ☐ no ☐

Se si quali ? _____

Visita abitualmente siti o portali internet per lo stesso motivo ? si ☐ no ☐ Se si quali ? _____

Si serve di altri canali d'informazione (tv, radio, etc.) ? si ☐ no ☐ Se si quali ? _____