



SCUOLA EUROPEA DI ALTA FORMAZIONE

DOMANDA D'AMMISSIONE

Il / La sottoscritt _____

Luogo e data di nascita _____

Residente in Via _____

C.a.p. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____ Codice Fiscale _____

Partita IVA _____

Titolo di studio conseguito _____ con voto _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE AL **MASTER IN GESTIONE DELLE RISORSE UMANE**

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03.

Data _____

Firma _____