



## MODULO DI ISCRIZIONE

ALLA **FEDERAZIONE ITALIANA DOTTORI IN SCIENZE DELLA PRODUZIONE ANIMALE**

### 1. Dati personali

- (\*) Nome: .....
- (\*) Cognome:.....
- (\*) Data di nascita (gg/mm/aaaa): ...../...../.....
- (\*) Luogo di nascita:.....(\*) Provincia:.....

#### **Residenza:**

- (\*) Via/P.zza ..... (\*) n: .....
- (\*) Città ..... (\*) CAP: .....
- (\*) Provincia: ..... (\*) Stato: .....

#### Attuale domicilio o sede di lavoro, se diversa dalla città di residenza:

- Via/P.zza: ..... n: .....
- Città: ..... CAP: ..... Provincia: ..... Stato: .....

#### *Status occupazionale (barrare lo spazio per indicare SI):*

- Libero Professionista  Dipendente sett. pubblico  Contrattista a tempo determinato
- Dipendente sett. privato  In cerca di occupazione/prima occupazione  Altro .....

### 2. Contatti:

- Telefono fisso: .....
- (\*) Telefono cellulare 1: ..... Telefono cellulare 2: .....
- (\*) E-mail: ..... E-mail 2: .....

### 3. CHIEDO DI ESSERE ISCRITTO ALLA **F.I.D.S.P.A.** IN QUANTO POSSESSORE DEL REQUISITO:

#### **Laurea vecchio ordinamento quinquennale:**

- SPA**
- STPA**
- Laurea Specialistica in classe 79/S o Magistrale in classe LM-86**
- (\*) denominazione: .....

Barrare gli spazi  per indicare "si" e riempire i campi obbligatori=\*

(\*) Conseguita presso la Facoltà/Dipartimento di: .....  
(\*) dell'Università di: .....  
(\*) Nell'anno:.....

**Laurea triennale o di primo livello in classe 40 o in classe L-38**

(\*) denominazione:.....  
(\*) Conseguita presso la Facoltà/Dipartimento di: .....  
(\*) dell'Università di: .....  
(\*) Nell'anno: .....

**Studente** iscritto al ..... anno del Corso di Laurea/Laurea Magistrale (Classi L-38 o LM86)

denominazione: .....  
(\*) presso il Dipartimento di: .....  
(\*) dell'Università di: .....

**Abilitazione all'esercizio della libera professione di .....**

conseguita presso l'Università di: ..... (\*) nell'anno: .....

Iscrizione all'Ordine professionale dei Dottori Agronomi e Forestali sez. A  sez. B

della provincia di: .....(\*) nell'anno: .....

Iscrizione ad Albo/ Collegio professionale dei .....

della provincia di: .....(\*) nell'anno: .....

**7. Presa visione dello statuto della F.I.D.S.P.A.**

Il/la sottoscritto/a (\*) ..... accetta in tutte le sue parti lo statuto della *F.I.D.S.P.A.*

**8. Trattamento dei dati personali**

Il/La sottoscritto/a, presa visione della informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), conferisce il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali ai soli fini associativi. **La presente autorizzazione è essenziale ai fini dell'iscrizione in quanto strettamente legata alle finalità della Federazione.**

(\*)  **Accetto**

Il/La sottoscritto/a conferisce l'autorizzazione a organizzare, conservare e comunicare i propri dati ad eventuali aziende od enti interessati esclusivamente ai fini dell'inserimento nel mondo del lavoro

*Accetto (facoltativo)*

**Associazione regionale di adesione in funzione del luogo di: Residenza  Domicilio**

Luogo ..... data ..... .....

Nome e cognome .....

Da inviare agli indirizzi email: [info@fidspa.it](mailto:info@fidspa.it) e [presidenza@fidspa.it](mailto:presidenza@fidspa.it)

Barrare gli spazi  per indicare "si" e riempire i campi obbligatori=\*