

RICHIESTA ASSOCIAZIONE ALLE ATTIVITA' INFN - LNS

Cognome: _____ Nome: _____

Nato a: _____ Nato il: _____

Cod. fiscale: _____ Aliquota IRPEF % _____

Residente in: _____ VIA _____ CAP _____

Telefono: _____ email: _____

Università / Ente: _____ Anno Laurea: _____

Dipartimento: _____ Qualifica: _____

Chiede l'associazione:Presso la struttura: **Laboratori Nazionali del Sud**

Per il periodo dal: _____ al: _____

Nell'Esperimento: _____ di Gruppo: _____ email Resp.: _____

Da compilare solo se LAUREANDA/O

Anno di corso: _____ Anno di immatricolazione: _____

Iscritto al corso di laurea in: _____

Media votazione riportata: _____

Relatore della tesi: _____

Titolo della tesi di laurea: _____

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali per il conferimento e gestione degli incarichi di associazione presso l'INFN, pubblicati nella pagina web dei LNS al link
<https://www.lns.infn.it/it/modulistica/send/62-modulistica-associazioni/1214-informativa-privacy-per-associazioni.html>

Data _____

FIRMA _____