



PORTATORE DI HANDICAP

SI NO

NECESSITÀ DEL SEGUENTE AUSILIO _____

Dichiaro di eleggere il seguente domicilio per le comunicazioni relative alla selezione:

INDIRIZZO _____

N. CIVICO _____

COMUNE _____

PROVINCIA _____

CAP _____

TELEFONO _____

CELLULARE _____

EMAIL _____

Allego alla presente domanda di candidatura copia di un documento di identità in corso di validità.

Esprimo il mio consenso affinché i dati personali che ho fornito possano essere trattati nel rispetto del d.lgs. 101/2018 e dell'Art. 13 GDPR 679/2016 per gli adempimenti connessi alla presente procedura. Il Titolare del trattamento è la Fondazione Bologna University Business School, Villa Guastavillani, Via degli Scalini 18, 40136 Bologna (BO), il Responsabile del trattamento è la persona designata ai sensi del Decreto e il cui nominativo è disponibile presso la sede della Fondazione.

DATA _____

FIRMA _____

Allego alla presente domanda il mio curriculum vitae datato e sottoscritto dichiaro che tutto quanto in esso indicato corrisponde al vero ai sensi, così come le eventuali fotocopie allegate sono conformi all'originale (ai sensi del D.P.R. 445/2000).

DATA _____

FIRMA _____