



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MACERATA
AREA SEGRETERIE STUDENTI

AUTORIZZAZIONE DIFFUSIONE DATI

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente in via _____

Tel. _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Iscritto al Corso di Laurea di I livello/Laurea Specialistica/Magistrale in _____

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

(barrare la casella interessata)

l'Università degli Studi di Macerata a trasmettere i propri dati personali ad Enti Pubblici e Privati che ne facciano richiesta per collaborazioni professionali a vario titolo, stage o assunzioni presso le loro strutture.

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

(barrare la casella interessata)

l'Università degli Studi di Macerata a trasmettere i propri dati personali ad Enti Pubblici e Privati che ne facciano richiesta per comunicazioni relative a corsi di studio, master, scuole di specializzazione ed altre informazioni di carattere pubblicitario.

Data _____

Firma dello studente _____