

Bando di concorso per una borsa di studio dell'importo di Euro 5.000 riservata a tutte le studentesse regolarmente iscritte (non fuori corso) ai corsi di laurea triennale e magistrale della LUISS "Guido Carli"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

COGNOME _____

NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ **CITTA'** _____

CODICE FISCALE _____

N° MATRICOLA _____

TEL _____ **MAIL** _____

Immatricolata nell'a.a. _____

FACOLTA' _____

CORSO DI LAUREA _____

TITOLO DEL VIDEO _____

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE

La sottoscritta dopo aver preso visione del bando di concorso dichiara:

- **Di accettare integralmente il regolamento del concorso erogato dalla Farmaceutici Dottor Ciccarelli**
- **Di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali relativamente alle finalità in oggetto del presente bando e per finalità relative alla comunicazione del concorso ai sensi delle previsioni di cui al D.Lgs 196/2003**
- **Di aver preso atto di non avere diritto ad alcun rimborso spese, indennizzo e restituzione per la documentazione presentata**
- **Di prestare il consenso all'utilizzo della documentazione presentata in tutte le forme di lancio pubblicitario.**

Luogo e Data,

Firma
