

MODULO DI ISCRIZIONE

AL DIRETTORE
DELL'ACCADEMIA DI BELLE ARTI
FROSINONE

Il/La sottoscritto / a
nato/a a(prov.) il.....
residente a (prov.),
via..... n.....,
tel Email

(per gli studenti dell'Accademia di belle arti di Frosinone) matricola

CHIEDE alla S.V. di poter frequentare presso Accademia di Belle Arti di Frosinone per l'A.A.
il **WORKSHOP DI**

Il/la sottoscritto/a si assume inoltre le responsabilità, sollevando l'Amministrazione da ogni eventuale problema che potrebbe verificarsi durante la sua presenza in Accademia.

Con Osservanza

Frosinone, _____

La gestione ed il trattamento dei dati viene effettuata dall'Amministrazione ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successivo Regolamento UE 2016/679. I dati personali sono riutilizzabili in termini compatibili con gli scopi per i quali sono raccolti e nel rispetto delle norme sulla protezione dei dati.

L'Accademia richiede al candidato il consenso al trattamento, comunicazione e diffusione dei dati personali, in mancanza di tale consenso il candidato non potrà accedere alle attività formative.

Do il consenso *Nego il consenso*