



**AUTOCANDIDATURA
RELATORE/TUTOR
CORSO FORMAZIONE ESAMI DI STATO**

Cognome Nome.....

Codice fiscale..... Luogo di residenza

Provincia di residenza..... CAP RESIDENZA.....

Telefono fisso Cellulare.....

Email

PEC

Voto di Laurea/110 Specializzazione

Master ☐ I Livello in Master ☐ II Livello in.....

Dottorato di ricerca

Data e Numero di iscrizione all'albo

(Vedi Elenco pubblicato sul sito istituzionale)

Attività professionale dal Area professionale : (*indicare l'area).....

☐ Dipendente ☐ Libero professionista

* ambiente, nutrizione, patologia clinica, sicurezza alimentare, sicurezza sul lavoro, biologia forense, seminologia, embriologia clinica. In caso di altra area professionale non menzionata, indicare quale.

Allegare:

a) Curriculum formativo formato europeo;

b) copia documento di identità in corso di validità

Il/La sottoscritto/a esprime il consenso affinché i dati personali forniti siano esclusivamente trattati, nel rispetto del Reg. UE 679/2016, per la finalità di inserimento del proprio nominativo in un elenco di disponibilità a ricoprire i menzionati incarichi.

Data FIRMA (Per esteso)