



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

COGNOME

NOME

NATO/A IL

A

TEL

MAIL

CITTADINANZA

RESIDENZA

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE

Il sottoscritto, dopo aver preso visione del bando di concorso, dichiara:

- **Di accettare integralmente il Regolamento di concorso promosso dalla Fondazione A.R.M.R., consultabile sul sito www.armrm.it**
- **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 alcun diritto ad alcun rimborso spese, indennizzo, e restituzione per la documentazione presentata.**
- **Di prestare il consenso all'utilizzo della documentazione presentata per attività di ufficio stampa e di pubblicizzazione.**

Luogo e Data, _____

Firma
