

Accademia di Belle Arti di Roma

Cambio Turno

R

.....l.....Signor.....

In qualità di.....

CHIEDE

di poter effettuare il cambio turno con il Sig.....

il giorno/...../.....

Dichiaro di autorizzare il trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR – Regolamento UE 2016/679

Firma_____

Firma_____

Data.....

- SI AUTORIZZA
- NON SI AUTORIZZA

Il Direttore Amministrativo
Dott. Francesco Salerno
