

DOMANDA DI PROVA FINALE DI RESTAURO
Anno Accademico

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a il _____ a _____ Prov. _____
Scuola di _____ Matricola nr. _____
Anno Accademico _____

**CHIEDO IL SUPPORTO DEL DOCENTE RELATORE (PROVA PRATICO-
LABORATORIALE):**

Prof./ssa _____

Brescia, _____ Firma del docente relatore _____

Firma dello studente _____

**CHIEDO IL SUPPORTO DEL DOCENTE RELATORE (PROVA TEORICA-
METODOLOGICA):**

Prof./ssa _____

Brescia, _____ Firma del docente relatore _____

Firma dello studente _____

CHIEDO INOLTRE DI DISCUTERE LA PROVA FINALE NELLA SESSIONE:

OTTOBRE-NOVEMBRE

MARZO-APRILE

TERMINI MASSIMI PER LA CONSEGNA DEL MODULO entro il 30 Aprile.

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
a seguito di informativa ricevuta ai sensi dell'art. 13 d.lgs 30/06/2003 n°196 e dei diritti a me riconosciuti dall'articolo 7 d.lgs 196/03 per tutti i dati di cui
all'informativa acconsento, ai sensi dell'articolo 23, al trattamento, ivi compresa la comunicazione, dei miei dati personali, compresi quelli relativi al
curriculum scolastico, ad aziende ed altri soggetti economici interessati ad utilizzare gli stessi per attività di ricerca del personale e in ogni caso per fini relaad
opportunità formative e di impiego lavorativo, ad opera del Titolare e/o del Responsabile del trattamento stesso dell'Accademia di Belle Arti
SANTAGIULIA, per le finalità e nei limiti indicati nella menzionata informativa.

Firma leggibile _____