FONDAZIONE ETS
A.R.M.R.
AIUTI RICERCA MALATTIE RARE

**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.armr.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**

_____