Spett.le MIP Politecnico di Milano

Via Lambruschini 4/C‐ Building 26/A

20156 Milano

|  |  |
| --- | --- |
| **OGGETTO:**  | **BANDO DI CONCORSO INPS PER IL CONFERIMENTO DI BORSE DI STUDIO PER LA PARTECIPAZIONE A MASTER UNIVERSITARI EXECUTIVE DI I E II LIVELLO, FINALIZZATI A GARANTIRE ALTA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE QUALIFICATO.****IL BANDO SI RIVOLGE AI DIPENDENTI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ISCRITTI ALLA GESTIONE UNITARIA DELLE PRESTAZIONI CREDITIZIE E SOCIALI.** |

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E‐mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **DICHIARA**

di aver presentato a INPS GESTIONE DIPENDENTI PUBBLICI domanda di partecipazione al concorso in oggetto per la partecipazione a:

**EXECUTIVE MASTER IN MANAGEMENT DELL’ INNOVAZIONE DIGITALE NELLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE E FORMATIVE (MASTER MIDIS)** ‐ a.a. 2019-2020

* I Livello
* II livello

N. protocollo INPS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Luogo e data Firma

|  |  |
| --- | --- |
|    |   |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, in merito al trattamento dei dati personali, esprime il consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui all'art. 13 D.Lgs n. 196/2003.

Luogo e data Firma

|  |  |
| --- | --- |
|    |   |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Si prega di compilare, firmare e spedire via mail a ipa@mip.polimi.it. Grazie.*