

**ISCRIZIONE ASSOCIAZIONE**  
**ALUMNI - SECONDA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI**

Il/La sottoscritt\_\_

Cognome			
Nome			
Luogo di nascita		Data di nascita	
Codice Fiscale			
Via		n.	
Località		c.a.p.	
Comune		Prov.	
Telefono/Cell.			
e-mail 1			
e-mail 2			

chiede di essere iscritto nella lista degli associati alla "Associazione Alumni" della Seconda Università degli Studi di Napoli e tal fine versa € 20,00 come quota associativa "fondatore".

**A tal fine dichiara:**

di aver conseguito presso la SECONDA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI il seguente titolo di studio (laurea specialistica/magistrale/ciclo unico – dottorato di ricerca - master)

Titolo:				
Facoltà/Dottorato				
Anno Accademico		In data		

Il sottoscritto autorizza l'Associazione ad utilizzare i dati personali forniti con la presente richiesta per le finalità connesse e strumentali al concorso ed alla gestione del rapporto con l'Associazione, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_