



DIPARTIMENTO DI SCIENZE E TECNOLOGIE
AGRO-ALIMENTARI

COMPILATIVO PER ACCREDITAMENTO TEMPORANEO

(scrivere in stampatello)

Qualifica: Dottorando Assegnista Ricercatore Docente Studente Altro

Nome: _____ Cognome: _____

Rapporto con l'Ateneo: Diretto Tramite azienda esterna Studente 150ore

Ente di appartenenza: _____ Nazione: _____

C.F. _____ data di nascita: _____

Città di nascita: _____

Email: _____ Cellulare: _____

Indirizzo: _____ Città: _____

CAP: _____ Prov: _____ Nazione: _____

Periodo Accreditamento: dal _____ al _____

Responsabile: _____

Richiesta di abilitazione: Posta Elettronica Wi-Fi VPN

Note: _____

Allegare copia documento di identità

Firma del Richiedente

Firma del Responsabile
