

# Accademia di Belle Arti di Roma

Cambio Turno

R

.....l.....Signor.....

In qualità di.....

## CHIEDE

di poter effettuare il cambio turno con il Sig.....

il giorno ...../...../.....

Dichiaro di autorizzare il trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR – Regolamento UE 2016/679

Firma\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

Data.....

- SI AUTORIZZA
- NON SI AUTORIZZA

Il Direttore Amministrativo  
Dott. Francesco Salerno

\_\_\_\_\_