|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Referenze professionali**  *(form da inviare a SCP Italy, via e-mail a:* adesioni@scpitaly.it*)* | | | | | |
| Nome e titolo del Referente |  | | | | |
| Contatti del referente | Tel.  Email  Linkedin  Skype | | | | |
| Nome della persona richiedente |  | | | | |
| Da quanto tempo lo/la conosci ? | Anni | |  | Mesi |  |
| In quale ruolo o attività lo/la conosci? |  | | | | |
| Sostieni la sua richiesta di adesione a SCP Italy? |  | | | | |
| Su quali basi puoi supportare la sua richiesta di adesione a SCP Italy? (includere qui le referenze professionali, ossia le skill, capacità, competenze e standard professionali, etc.) |  | | | | |
| Firma del Referente  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR e della legge 196/2003.*  Firma del Referente  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Luogo e Data  \_\_\_\_\_\_,\_\_/\_\_/\_\_\_\_  *Tutti i campi sono obbligatori* | | | | | |
| © 2018 SCP Italy | |  | | | |