|  |
| --- |
| **Referenze professionali** *(form da inviare a SCP Italy, via e-mail a:* adesioni@scpitaly.it*)* |
| Nome e titolo del Referente |  |
| Contatti del referente  | Tel.EmailLinkedinSkype |
| 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 |  |