



Spett.le  
Centro Sperimentale delle Arti Mediterranee – CeSAM  
Via Don Giovanni Minozzi, 36  
85100 - Potenza

**C.A. Marcello Foti**  
**Direttore CeSAM**

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_

Domiciliato/a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

**Con la presente RIVOLGE cortese istanza per essere inserito  
nell'albo docenti di codesto spettabile CESAM**

A tale proposito, Dichiaro di essere in possesso dei seguenti titoli di studio e requisiti formativi e curricolari:

- titolo di studio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- livello di conoscenza della Lingua Inglese

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

