

## Domanda di affiliazione

Il/ La sottoscritto(a) chiede di poter aderire come socio attivo all'ASIAT. Riempite p.f. il formulario in modo completo.

Cognome

Nome

Indirizzo

NAP/Luogo

☎ P

☎ U

e-mail P

e-mail U

Data di nascita . . .

Datore di lavoro

no. della carta di studente

Lingua di corrispondenza d fr it

In formazione

Professionalmente attivo

In pensione

**Studio** (allegare copia del diploma dell'Alta scuola frequentata) \_\_\_\_\_

Istituzione

Semestre

Semestre di dottorato

Direzione di studio

Anno finale

Titolo di studio

**Dissertazione** \_\_\_\_\_

Istituzione

Anno finale

Titolo

**Studio post-laurea** \_\_\_\_\_

Istituzione

Anno finale

Studio

**Formazione specializzata**

**Campo di attività** \_\_\_\_\_

Ricerca e sviluppo

Industria e commercio

Pubblica amministrazione

Enti ed associazioni

Formazione professionale e insegnamento

Agricoltura internazionale

Consulenza e amministrazione fiduciaria

Data . . .

Firma

**svial asiatic**

My Agro Food Network

Accettato il . . .

(p.f. non compilare)

Schützenstrasse 10, 3052 Zollikofen

☎ + 41 (0)31 910 50 75

svial@svial.ch, www.svial.ch