



Spett.le Consiglio

**ORDINE TECNOLOGI ALIMENTARI REGIONE**

Sede legale: Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**Caro Collega,**

**dedicando qualche minuto alla compilazione del questionario e consegnandolo presso la segreteria, permetterai al tuo Ordine di tenere aggiornato l'archivio, di essere sempre più vicino alle tue aspettative, tutelando al meglio i valori della ns. professione.**

### DATI GENERALI

Cognome: ..... Nome: .....

Nat.....o/a a .....(prov.....) il...../...../.....

**codice fiscale:**

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

residente in via/piazza.....n.....

cap.....città.....(prov.....)

tel..... fax..... cell.....

e-mail ordinaria (p.e.o.) .....

e-mail certificata (p.e.c.) .....

### CURRICULUM ACCADEMICO

Laurea in:  Scienze delle Preparazioni Alimentari  Scienze e Tecnologie Alimentari

Università di.....Data (gg/mm/aa):...../...../.....

Anno di abilitazione professionale (esame di Stato).....Università di .....

Numero di iscrizione all'Ordine.....Data (gg/mm/aa)...../...../.....

Abilitazione in.....

Master/Corsi (specificare) in .....

Eventuale possesso di un **secondo titolo** accademico

Laurea in: .....

Università di.....Data (gg/mm/aa):...../...../.....

Anno di abilitazione professionale (esame di Stato).....Università di .....

Numero di iscrizione all'Ordine.....Data (gg/mm/aa)...../...../.....

Abilitazione in.....



**SETTORE PROFESSIONALE**

**Ente/Società presso cui opera:**

- Pubblico     Privato     Società Pubblico-Privata     Cooperative     Non Profit

**Settore di Attività:**

- Agricoltura     Artigianato     Industria     Commercio     Turismo     Trasporti  
 GD e GDO     Ristorazione     Servizi     Credito/Assicurazioni     Istruzione

**Specifiche di Settore :**

- ASL/Ente Pubblico     Scuola / Università     Ricerca     Formazione     Consulenza

**Ruolo ricoperto nell'Ente/Società:**

- Titolare/Socio     Collaboratore/Cultore    **Libero Professionista**  
 Docente praticante la libera professione     Libero professionista singolo  
 Tecnologo dipendente privato     Libero professionista associato  
 Tecnologo dipendente pubblico

**Tipologia di settore:** .....

**Funzione/Mansione:** .....

**Denominazione Attività lavorativa:** .....

via/piazza.....n.....  
 cap.....città.....(prov.....)  
 tel.....fax..... Cell.....  
 (sito) **www** .....

**Domicilio Professionale(sede lavoro):** *indicare i dati solo se diversi da quelli dell'attività lavorativa*

via/piazza.....n.....  
 cap.....città.....(prov.....)  
 tel.....fax..... Cell.....  
 (sito) **www** .....



### ALBO CTU (Consulenti Tecnici di Ufficio)

Iscrizione presso il Tribunale di .....Prov (.....)

Anno di iscrizione ( ): .....

Incarichi ricevuti da parte del Tribunale  Si  No

Incarichi ricevuti da parte di Impresa a difesa (CTP)  Si  No

### ESIGENZE PROFESSIONALI

**a) Quali sono le tue personali necessità formative e di aggiornamento?**

1).....

2).....

3).....

**b) Quali sono i servizi istituzionali che ti aspetti dal tuo Ordine per esercitare al meglio la tua professione?**

1).....

2).....

3).....

**c) La tua Azienda/Ente è interessato a sponsorizzare iniziative culturali, scientifiche, conviviali organizzate e patrocinate dall'Ordine?**

SI

NO

**d) Sei disponibile ad offrire gratuitamente il tuo tempo per partecipare all'attività operativa del Tuo Ordine?**

(es: gruppi di studio, commissioni di lavoro, organizzazione di eventi e corsi di formazione)

SI

NO

Indica eventualmente quali.....

**e) Desideri partecipare in attività/commissioni che interfacciano con il Tuo Ordine?**

SI

NO

Segnalaci quali:

Commissione professione

Commissione tariffario e parcelle

Commissione cultura

Commissione giovani

Commissioni giudicatrici di concorsi

Commissioni universitarie



**f) Nell'ambito dell'attività professionale del tecnologo alimentare in quale settore delle seguenti attività preferiresti operare?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Legislazione Alimentare      | <input type="checkbox"/> Consulenza alle imprese         | <input type="checkbox"/> Formazione Professionale |
| <input type="checkbox"/> Tecnologia e Produzione      | <input type="checkbox"/> Servizi Tecnici                 | <input type="checkbox"/> Marketing                |
| <input type="checkbox"/> Packaging e Confezionamento  | <input type="checkbox"/> Innovazione, Ricerca & Sviluppo | <input type="checkbox"/> Internazionalizzazione   |
| <input type="checkbox"/> Ambiente e sicurezza         | <input type="checkbox"/> Analisi Merceologiche           | <input type="checkbox"/> Progettazione            |
| <input type="checkbox"/> Export e commercializzazione | <input type="checkbox"/> Somministrazione                | <input type="checkbox"/> Scuola e Università      |

Altro (descrivere) .....

Per quale motivo?.....

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI ex D.Lgs. 196/03

Ai sensi dell'art. 13 ex D.Lgs. 196/03, Ti informiamo che i dati in nostro possesso che Ti riguardano, liberamente conferiti, verranno trattati nell'ambito della banca dati elettronica e/o cartacea dello scrivente Ordine, nel rispetto di quanto stabilito dalle leggi vigenti in materia di tutela dei dati personali. Il trattamento dei dati, di cui Ti garantiamo la massima riservatezza, è effettuato al fine di sottoporre alla Sua attenzione documenti istituzionali, offerte culturali e formative, opportunità professionali, convenzioni con primari Enti, interviste da parte di organizzazioni quali Università, Istituti di Ricerca e Statistica per fini esclusivamente professionali e/o scientifici e culturali. Potrai esercitare i diritti di cui all'art. 7 ex D.Lgs. rivolgendoti direttamente al titolare del trattamento dei dati personali presso l'**Ordine dei Tecnologi Alimentari Regione..... - Via .....CAP .....CITTA' TEL/FAX +39 0000 123456789** .



Il Responsabile del trattamento dei dati in oggetto è il **Presidente** dell'Ordine scrivente.

**Autorizzo** l'Ordine in oggetto al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)



**Data:** ..... *Firma (leggibile)* \_\_\_\_\_ (opzione FIRMA DIGITALE)

#### Ringraziandoti con stima

Ti chiedo un'ultima cortesia di recapitartelo scegliendo:

 [fax +39 - 0874-31.81.49](tel:+390874318149) oppure  e-mail [info@otamolise.it](mailto:info@otamolise.it)

**Per ogni tua necessità o specificazione siamo a tua disposizione presso**

 [tel segreteria operativa +39 0874-9.44.59](tel:+39087494459)  e-mail [otamolise@legalmail.it](mailto:otamolise@legalmail.it)