



SCUOLA DI METODOLOGIA DELLA RICERCA

NOME _____ COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

INDIRIZZO EMAIL _____

CONTATTO TELEFONICO _____

UNIVERSITA' DI RIFERIMENTO _____

STATUS

- DOTTORANDO DI RICERCA
- DOTTORE DI RICERCA
- ASSEGNISTA DI RICERCA
- RICERCATORE TD-A

SOCIO AISME

- SI
- NO

FIRMA

**Il modulo compilato va inviato al seguente indirizzo email aismep13@gmail.com e
in cc c.silvestri@unitus.it**