Al Consiglio Direttivo della

Società Italiana di Scienze Sensoriali

Via Donizetti, 6

50144 Firenze

DICHIARAZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE IN AMBITO SENSORIALE AI FINI DELLA RICHIESTA DELL’ATTESTATO DI QUALITA’ E QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE DEI SERVIZI PRESTATI COME SENSORY PROJECT MANAGER

Con la presente il/la sottoscritto/a ……………………………………….., in qualità di ………………………………………………… del (area/dipartimento) ……………………………………………………… presso (ente/azienda) …………………………………………………,

attesta che

(nome e cognome candidato SPMJ/SPM) ……………………………………………………………………ha svolto presso (ente/azienda) ……………………………………………………………… le seguenti attività in ambito sensoriale:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data (da/a) | Posizione ricoperta/professione | Descrizione dell’esperienza/attività in ambito sensoriale |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Località e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_