**Scheda di adesione alla Giornata di Studio:**

**Io Dirigente.**

**Sicurezza, Salute, Retribuzione, Relazioni sindacali**

**Bologna 11 ottobre 2018, Aula Magna - Istituto "Aldini Valeriani" Via Sario Bassanelli, 9/11**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome  |  | Nome |  |
| Data di nascita |  | Luogo di nascita |  |
| Indirizzo residenza /domicilio - CAP |  | Comune, Provincia,Regione |  |
| Codice fiscale |  | Email |  |
| Cellulare |  | Altro recapito telefonico |  |

|  |
| --- |
| Denominazione Istituzione Scolastica |
| Comune | Regione  | Cap |
| Provincia | Codice Meccanografico |
| Via  | N. |
| Tel. | Fax  |
| Mail  |
| Pec |

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**(INFORMATIVA AI SENSI DELL’ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003 - artt 13, 14 R. UE 2016/679)**

Con la presente il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 DICHIARA

* di essere stato informato, ai sensi degli artt. 13 e 14 del regolamento UE n 2016/679 sulla tutela dei dati personali, che i propri dati personali forniti all’atto della compilazione della presente richiesta saranno trattati in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili, con modalità automatiche, anche mediante sistemi informatizzati solo ed esclusivamente nell’ambito delle operazioni necessarie a consentire il corretto svolgimento e funzionamento di tutte le attività legate alle attività proposte;
* di acconsentire con la presente dichiarazione, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili;
* di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti dagli artt. 13 e 14 del regolamento UE n 2016/679,tra i quali il diritto di ottenere la conferma dell’esistenza o meno di dati nonché la loro cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi al titolare del trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti della stessa legge;
* di essere a conoscenza che titolare del procedimento è Eurosofia

Luogo e data, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Firma)

 Per accettazione

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_