PRESA VISIONE PRIVACY

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a Prov. (sigla)

Il (giorno/mese/anno) / /

In servizio presso IIS "P. A. FIOCCHI" di Lecco dal (giorno/mese/anno) / /

in qualità di ☐ DOCENTE ☐ A.T.A.

DICHIARA

di aver preso visione:

☐ dell'informativa ex art. 13 D.Lgs. 196/2003 e ex art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679, per il trattamento dei dati personali dei dipendenti;

☐ della lettera di INCARICATO DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI come disposto dal Regolamento Europeo 2016/679 e dal D.M. 305/2007.

Data / /

Firma