

**SOGG. DIPLOMATI
2016**

SOGGIORNI STUDIO PER DIPLOMATI
AI SENSI DEL DPR 445/ 2000 – ART. 46 (AUTOCERTIFICAZIONE)
ARTT. 75 E 76 (DICHIARAZIONI MENDACI)

(Il modulo deve essere compilato in carattere stampatello in ogni sua parte)

DIPENDENTE

MATR.	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
(solo per il personale di P.P.)			
DATA N.	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>		
QUALIFICA	<input type="text"/>		
SEDE DI SERVIZIO	<input type="text"/>		
STATO DI SERVIZIO	In servizio <input type="checkbox"/>	Vedovo/a <input type="checkbox"/>	
(indicare la Sede di Servizio e lo Stato di servizio)			

FIGLIO/A

COGNOME	<input type="text"/>
NOME	<input type="text"/>
DATA N.	<input type="text"/>
(formato gg mm aa)	
SESSO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
(barrare la casella)	

INDIRIZZO A CUI FARE RIFERIMENTO PER LE COMUNICAZIONI RELATIVE AL FAMILIARE BENEFICIARIO DELL'ATTIVITA':

<input type="text"/>	<input type="text"/>
(C.A.P.)	(Via e numero civico)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Comune)	(sigla Provincia)
TELEFONO	<input type="text"/>
(obbligatorio indicare recapito telefonico fisso)	
TELEFONO	<input type="text"/>
(obbligatorio indicare recapito telefonico cellulare)	

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA PERSONALE

RISERVA ASSOLUTA

Orfani di: genitore dipendente ☐ genitore non dipendente ☐

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE CHE:

- il proprio figlio/a frequenta regolarmente nel corrente anno scolastico la classe _____ e consegnerà il diploma di maturità nell'anno in corso (2016)

SCUOLA/ISTITUTO	<input type="text"/>
Indicare la tipologia e la denominazione scuola/istituto frequentato	
COMUNE	<input type="text"/>
prov	<input type="text"/>
TELEFONO SCUOLA/ISTITUTO	<input type="text"/>
DIPLOMA DI MATURITA'	<input type="text"/>
Indicare la tipologia di maturità per cui si concorre	

SOGG. DIPLOMATI 2016

SOGGIORNI STUDIO PER DIPLOMATI **AI SENSI DEL DPR 445/ 2000 – ART. 46 (AUTOCERTIFICAZIONE)** **ARTT. 75 E 76 (DICHIARAZIONI MENDACI)** (Il modulo deve essere compilato in carattere stampatello in ogni sua parte)

- partecipa alla contribuzione volontaria a favore dell'ENTE DI ASSISTENZA pari ad € 1,55 mensili da almeno un anno a decorrere dalla data della circolare
- l'indicatore ISEE ordinario (**da allegare alla domanda alle prime tre fasce**) in corso di validità (barrare la casella)

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| - da 0 a 11.100,00 | <input type="checkbox"/> | QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 500,00 |
| - da 11.101,00 a 14.700,00 | <input type="checkbox"/> | QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 520,00 |
| - da 14.701,00 a 20.000,00 | <input type="checkbox"/> | QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 600,00 |
| - da 20.001,00 in poi | <input type="checkbox"/> | QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 800,00 |

AI FINI DELL'INSERIMENTO NEL FORM TUTTI I DATI RICHIESTI SONO OBBLIGATORI

(data)

(firma)

Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30 Giugno 2003,n.196)

Ai sensi dell'art. 13, comma 1, Codice in materia di protezione dei dati personali, i dati personali di cui ai moduli di richiesta di partecipazione alle attività estive organizzate dall'Ente sopra riportata saranno raccolti presso la sede dell'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria e trattati presso una banca dati automatizzata e cartacea per le finalità di registrazione, organizzazione e gestione delle attività stesse .

I predetti dati saranno, altresì, resi accessibili alle ditte eventualmente preposte all'organizzazione delle attività, mentre le graduatorie e gli elenchi dei partecipanti e degli aventi diritto saranno rese pubbliche attraverso la rete intranet del Dipartimento e per via epistolare.

Il conferimento di tali dati all'Ente di Assistenza e' obbligatorio ai fini di registrazione, organizzazione e gestione delle attività stesse .

I dati saranno comunicati a terzi, esclusivamente ove questi eseguano attività ausiliarie relative alla gestione dei rapporti contrattuali con l'Ente, alla tutela dei diritti, al mantenimento della sicurezza, o in conformità ad obblighi di legge o regolamentari.

L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato codice tra i quali figurano il diritto di accesso, rettifica e cancellazione dei dati che lo riguardano.

L'esercizio dei predetti diritti potrà essere esercitato tramite richiesta rivolta. all'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria – L.go Luigi Daga, 2 – 00169 Roma.

Titolare del trattamento dei dati e' il responsabile titolare della sicurezza dei dati, nominato dall'Ente

Consenso al trattamento dei dati personali

L'interessato, letta l'informativa di cui sopra, presta il consenso alla raccolta dei dati, alla memorizzazione nei database dell'Ente ed alla loro diffusione e accessibilità via telematica.

Firma _____

Il mancato consenso alla raccolta dei dati, alla memorizzazione nei database dell'Ente ed alla loro diffusione e accessibilità via telematica non permette la partecipazione alle attività.