



ASSESSORATO REGIONALE DELL'ISTRUZIONE
E
DELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE



Fondo Sociale Europeo



Unione europea
Fondo sociale europeo



**Spett.le A.I.S.W Sicilia onlus
Sede di Santa Flavia**

Oggetto: Autorizzazione trattamento dati personali

Il sottoscritto/a _____

Nato/a _____

il _____

Residente a _____

Via _____

Con riferimento al D.L.vo n° 196 del 30/06/2003 che reca disposizioni a "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", e consapevole dei diritti che mi competono ai sensi dell'art. 13 della citata Legge, **prendo atto che i dati personali** - ivi compresi quelli anagrafici - **concernenti il mio nominativo**, da me forniti o da Voi direttamente acquisiti nell'ambito della Vostra attività, **formeranno oggetto, nel rispetto della Legge, di trattamento per:**

- **Eeguire gli obblighi di legge**
- **Esigenze di tipo operativo o gestionale** di tipo informativo e di comunicazione su novità attinenti i servizi esistenti e/o su nuovi servizi posti a mia disposizione, ovvero per dare esecuzione ad un nuovo servizio.

Prendo infine atto che il titolare del trattamento è

*A.I.S.W. Sicilia onlus (Associazione Italiana Sindrome di Williams) nella persona del suo presidente
Sig .Roccapalumba Francesco Paolo*

*Ente gestore di corsi di Formazione Professionale - ex L.R. 24/76
Via R. Sanzio 69 Santa Flavia PA*

e che qualsiasi richiesta in ordine al trattamento dei miei dati potrà essere inviata al suddetto indirizzo.

In relazione a quanto precede, esprimo il consenso previsto dal D.L.vo n° 196 del 30/06/2003 **al trattamento dei dati che mi riguardano** nell'ambito della Vostra attività nonché di quelle ad essa connessa .

Data ____/____/____

Firma
