

Cognome e nome \*

In data

nato/a \*

via

abitante a \*

titolo di studio \*

Tel.: \* Cell. Cell: \* E-mail:

docente /dirigente/ata/formatore/altro

presso la Scuola

Iscritto all’UCIIM :

|  |  |
| --- | --- |
| SI | NO |

Tessera UCIIM n \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Privacy**

Il sottoscritto/a dichiara di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui d.lgs. 10 agosto 2018 n. 101, recante ‘Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, pertanto autorizza Uciim al trattamento dei propri dati personali.