



## MODULO RICHIESTA AGGIORNAMENTO CREDITI PER RSPP-ASPP-CSE CSP

### PARTECIPANTE

Cognome \_\_\_\_\_  
 Nome \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Cittadinanza \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 in caso di nati in Italia: Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 in caso di nati all'estero : Città \_\_\_\_\_ Stato Estero \_\_\_\_\_  
 Residenza in via/piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
 Località \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 N. di telefono: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ai sensi del D.lgs. n. 196/03 denominato "Codice in materia di protezione dei dati personali" acconsento il trattamento dei miei dati personali.

**FIRMA leggibile del lavoratore:** \_\_\_\_\_

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 196/2003 ("PRIVACY")

Il soggetto ha facoltà di esercitare, relativamente all'esistenza e al trattamento dei dati personali che li riguardano, i diritti di cui l'art. 7 del D.lgs. 196/2003.

Il titolare del trattamento dei dati è la Direzione Politiche socio-sanitarie e Scuola del Comune di Caltanissetta. Il responsabile del trattamento dei dati è individuato nella persona del Dirigente.

Dichiaro/a di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui l'art. 13 del D.lgs. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Caltanissetta, 02/12/2024

IL DICHIARANTE

FIRMA DEL LAVORATORE

TIMBRO E FIRMA DELL'AZIENDA