



## MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

### per richiesta tirocinio o frequenza

Il sottoscritto

Nome	
Cognome	
Luogo di nascita	
Data di nascita	

In relazione alla propria istanza in data .....

di (indicare la casistica con una X)

- ☐ tirocinio
- ☐ frequenza specializzando
- ☐ frequenza volontaria
- ☐ altro (specificare) \_\_\_\_\_

dopo aver letto e compreso l'informativa resa dall'ASST Lariana ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679

<input type="checkbox"/>	acconsente al trattamento dei dati personali per le finalità descritte nella predetta informativa
<input type="checkbox"/>	NON acconsente al trattamento dei dati personali per le finalità descritte nella predetta informativa, consapevole che il mancato consenso non consentirà l'istruttoria dell'istanza e la trattazione della pratica

Data \_\_\_\_\_

Il richiedente

\_\_\_\_\_