**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**dell’Istituto Comprensivo “Matteo Ricci”**

**Polverigi (AN)**

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**Oggetto: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER LA SELEZIONE di n. 6 Docenti MENTOR/ESPERTI per la realizzazione dei “Percorsi di tutoraggio per l’orientamento agli studi e alle carriere STEM, anche con il coinvolgimento delle famiglie” suddiviso in 6 moduli nell’ambito del Progetto PNRR – Missione 4: Istruzione e ricerca – Componente 1 – Potenziamento dell’offerta dei servizi di istruzione: dagli asili nido alle Università – Investimento 3.1: Nuove competenze e nuovi linguaggi – Azioni di potenziamento delle competenze STEM e multilinguistiche (D.M. 65/2023).**

**CUP: H34D23003740006**

**CODICE PROGETTO: M4C1I3.1-2023-1143-P-39433**

**TITOLO PROGETTO: SiSTEMascuola**

La/Il sottoscritta/o ................................................................................................................................................

nata/o ........................................................................................ (........) il ............................................................

e residente a ..................................................................................................... (........) cap ….............................

in via................................................................................................................................nr .................................

codice fiscale...................................................................tel..................................................................................

Cell.: …….………………………………….…………e-mail: .................................................................

* in servizio presso l’Istituto comprensivo “Matteo Ricci” nel ruolo di Docente classe di concorso\_\_\_
* in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel ruolo di Docente classe di concorso\_\_\_
* personale estraneo all’amministrazione

**AUTORIZZA**

**L’Istituto Comprensivo Matteo Ricci** al trattamento, anche con l’ausilio di mezzi informatici e telematici, dei dati personali forniti dal sottoscritto; prende inoltre atto che, ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016, titolare del trattamento dei dati è l’Istituto sopra citato nella persona del Dirigente Scolastico quale rappresentante legale dell’Istituto Dott.ssa Marta Bocci e che il sottoscritto potrà esercitare, in qualunque momento, tutti i diritti di accesso ai propri dati personali previsti dall’art. 7 della medesima legge e dal Capo III del Regolamento (ivi inclusi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il diritto di ottenere la conferma dell’esistenza degli stessi, conoscerne il contenuto e le finalità e modalità di trattamento, verificarne l’esattezza, richiedere eventuali integrazioni, modifiche e/o la cancellazione, nonché l’opposizione al trattamento degli stessi).

........................., li.......................

 ...............................................................

 Firma