

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 29 Regolamento UE 2016/679 - G.D.P.R.)

Titolare del trattamento dei dati:

ISTITUTO COMPRENSIVO DI TRESORE BALNEARIO

Via Lorenzo Lotto, 15

24060 TRESORE BALNEARIO (BG)

Autorizzato al trattamento dei dati:

COLLABORATORE SCOLASTICO**AUTORIZZAZIONE CUMULATIVA**

Al fine di poter svolgere regolarmente i compiti inerenti ai seguenti incarichi a Lei assegnati:

| | |
|----------|---------------------------------|
| A | Collaboratore scolastico |
| | |
| | |

appurato che detta attività comporta il trattamento di dati personali e considerato che Lei è in possesso di requisiti di esperienza e capacità tali da fornire idonea garanzia del pieno rispetto delle disposizioni in materia di trattamento dei dati, La informo che è autorizzata a trattare i seguenti dati:

| | BASE DATI E LORO TIPOLOGIA | CATEGORIE DI INTERESSATI E FINALITA' |
|----------|--|--|
| A | DATI INERENTI AGLI ALLIEVI [COMUNI] DATI INERENTI AL PERSONALE [COMUNI] | IL COLLABORATORE SCOLASTICO, NELL'AMBITO DELLE PROPRIE MANSIONI DI ACCOGLIENZA E SORVEGLIANZA DEGLI ALLIEVI E DI LORO VIGILANZA ED ASSISTENZA NEI MODI E NEI TEMPI PREVISTI DAL CONTRATTO COLLETTIVO DI RIFERIMENTO, PUO' ACCEDERE AI LORO DATI IDENTIFICATIVI. ACCEDE AI DATI IDENTIFICATIVI DEL PERSONALE SCOLASTICO PER FINALITA' ORGANIZZATIVE IN AFFIANCAMENTO ALLA SEGRETERIA. |
| | | |
| | | |

Per tutto il tempo in cui svolgerà le predette mansioni nell'ambito di questo Titolare del trattamento;

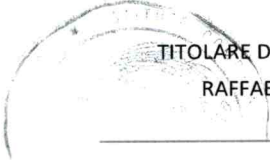
In modalità che potrà essere sia cartacea che digitale;

Adottando, scrupolosamente, le misure di sicurezza espressamente riportate nel fascicolo allegato recante "Istruzioni Operative", oggetto di formazione specifica che, se non ancora somministrata, lo sarà quanto prima.

Il presente documento non produce effetti giuridici ulteriori rispetto a quelli derivanti dalle Sue mansioni e non è assoggettato ad alcun termine di scadenza, si intende valido fino al passaggio ad altro incarico o cessazione del rapporto intercorrente con il Titolare.

Luogo e data _____

AUTORIZZATO AL TRATTAMENTO (presa visione)


TITOLARE DEL TRATTAMENTO
RAFFAELLA CHIODINI
