

# SOGG. DIPLOMATI

## 2019

### SOGGIORNI STUDIO PER DIPLOMATI

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

(Il modulo deve essere compilato in carattere stampatello in ogni sua parte)

#### II DIPENDENTE

MATR.		COGNOME	
(solo per il personale di P.P.)			
NATO/A IL		NOME	
CODICE FISCALE			
QUALIFICA			
SEDE DI SERVIZIO			
STATO DI SERVIZIO	In servizio	<input type="checkbox"/>	Vedovo/a <input type="checkbox"/>

-Appartenente al personale comparto ministeri del DGMC transitato con DPCM 15 giugno 2015 **SI**  **NO**

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara sotto la propria responsabilità:

#### FIGLIO/A

COGNOME			
NOME			
NATO/A IL		SESSO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
(formato gg mm aa)		(barrare la casella)	

#### INDIRIZZO A CUI FARE RIFERIMENTO PER LE COMUNICAZIONI RELATIVE AL FAMILIARE BENEFICIARIO DELL'ATTIVITA':

(C.A.P.)	(Via e numero civico)
(Comune)	(sigla Provincia)
TELEFONO	
	(obbligatorio indicare recapito telefonico fisso)
TELEFONO	
	(obbligatorio indicare recapito telefonico cellulare)

#### INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA PERSONALE \_\_\_\_\_

<b>RISERVA ASSOLUTA:</b> orfano di genitore dipendente <input type="checkbox"/>	genitore non dipendente <input type="checkbox"/>
---	--

#### IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE CHE:

- Il proprio figlio/a frequenta regolarmente nel corrente anno scolastico la classe \_\_\_\_\_ e consegnerà il diploma di maturità nell'anno in corso (2019)

SCUOLA/ISTITUTO	
Indicare la tipologia e la denominazione scuola/istituto frequentato	
COMUNE	prov <input type="checkbox"/>

TELEFONO SCUOLA/ISTITUTO	
--------------------------	--

DIPLOMA DI MATURITA'	
----------------------	--

Indicare la tipologia di maturità per cui si concorre

# SOGG. DIPLOMATI

## 2019

### SOGGIORNI STUDIO PER DIPLOMATI

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara sotto la propria responsabilità:

(Il modulo deve essere compilato in carattere stampatello in ogni sua parte)

- 2 -

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE CHE:

- Partecipa alla contribuzione volontaria a favore dell'ENTE DI ASSISTENZA da almeno un anno dalla data della circolare
- barrare la casella: **SI**  **NO**
- l'indicatore ISEE ordinario senza omissioni/difformità in corso di validità (**da allegare alla domanda per le prime tre fasce**) rientra nella fascia (barrare la casella)
  - da 0 a 11.100,00  QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 500,00
  - da 11.101,00 a 14.700,00  QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 520,00
  - da 14.701,00 a 20.000,00  QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 600,00
  - da 20.001,00 in poi  QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 800,00

**AI FINI DELL'INSERIMENTO NEL FORM TUTTI I DATI RICHIESTI SONO OBBLIGATORI**

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

### **Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30 Giugno 2003,n.196)**

Ai sensi dell'art. 13, comma 1, Codice in materia di protezione dei dati personali, i dati personali di cui ai moduli di richiesta di partecipazione alle attività estive organizzate dall'Ente sopra riportata saranno raccolti presso la sede dell'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria e trattati presso una banca dati automatizzata e cartacea per le finalità di registrazione, organizzazione e gestione delle attività stesse. I predetti dati saranno, altresì, resi accessibili alle ditte eventualmente preposte all'organizzazione delle attività, mentre le graduatorie e gli elenchi dei partecipanti e degli aventi diritto saranno rese pubbliche attraverso la rete intranet del Dipartimento e per via epistolare. Il conferimento di tali dati all'Ente di Assistenza e' obbligatorio ai fini di registrazione, organizzazione e gestione delle attività stesse. I dati saranno comunicati a terzi, esclusivamente ove questi eseguano attività ausiliarie relative alla gestione dei rapporti contrattuali con l'Ente, alla tutela dei diritti, al mantenimento della sicurezza, o in conformità ad obblighi di legge o regolamentari. L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato codice tra i quali figurano il diritto di accesso, rettifica e cancellazione dei dati che lo riguardano. L'esercizio dei predetti diritti potrà essere esercitato tramite richiesta rivolta. all'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria – L.go Luigi Daga, 2 – 00169 Roma. Titolare del trattamento dei dati e' il responsabile titolare della sicurezza dei dati, nominato dall'Ente

Consenso al trattamento dei dati personali

L'interessato, letta l'informativa di cui sopra, presta il consenso alla raccolta dei dati, alla memorizzazione nei database dell'Ente ed alla loro diffusione e accessibilità via telematica.

Firma \_\_\_\_\_

Il mancato consenso alla raccolta dei dati, alla memorizzazione nei database dell'Ente ed alla loro diffusione e accessibilità via telematica non permette la partecipazione alle attività.