| Protocollo n |
|--------------|
| Data |



| MODULO CONTRIBUTO AUDIZIONE | Anno accademico 2023/2024 |
|---|---|
| I sottoscritt | in qualità di genitore/tutore |
| chiede che il/la proprio/a figlio/a | |
| nat ailil | |
| residente aC.A.P | |
| in viateltel. | |
| faxe-mail | |
| C.F.(ALLIEVO) | |
| | SCUOLA DI PROVENIENZA |
| • | |
| Dati Bonifico Bancario: IBAN: IT77E0623009494000030712009 | intestato a CENTRO DI FORMAZIONE AIDA SSD |
| INCORMATIVA DRIVAÇV SIJI TRATTAMENTO DEI DATI DERSONALI | Firma di entrambi i genitori |
| forniti in sede di partecipazione alla selezione, o comunque acquisii fasi. Il trattamento dei dati personali avverrà presso gli uffici del Ce perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunica requisiti di partecipazione in base al Regolamento e il possesso dei Il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica | candidati, nonché i loro genitori o aventi diritto, che l'utilizzo dei dati personali da essi ti a tal fine, è finalizzato unicamente all'espletamento della selezione stessa, in tutte le sue ntro di Formazione con procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per azione a terzi. L'ottenimento dei dati personali del candidato è necessario per valutare i titoli necessari; la loro mancata o incompleta indicazione può precludere tale valutazione. a, l'aggiornamento o la cancellazione, se incompleti o erronei, nonché di opporsi al loro e Privacy approvato con i D.Lgs. n. 19\$\overline{9}2003 pctrà essere esercitato rivolgendosi al |
| II 301103CHIU | |

Segreteria Centro di Formazione AIDA SSD ARL