



**Recapito per eventuali comunicazioni:
(scrivere in stampatello)**

Corso di Laurea / specialistica / triennale in _____

Nome e Cognome _____,

Indirizzo _____,

CAP _____, Comune _____, Provincia _____;

Tel. _____, Cell. _____

E-mail: _____

Informativa ex art. 13 D.lgs 196/2003.

Il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Il trattamento dei Suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: informazioni riguardanti Master, corsi e iniziative formative, organizzati dalla Facoltà di Farmacia.
2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: cartaceo ed informatico.
3. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.lgs. 196/2003.

Formula di acquisizione del consenso dell'interessato

Il sottoscritto _____, acquisite le informazioni dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 D.lgs. 196/2003, dà il consenso per la comunicazione dei dati personali per le finalità ed ai soggetti indicati al punto 1 nell'informativa.

Padova, _____

(firma dell'interessato)