**Autorizzazione al trattamento dei dati personali**

(art 13 d lgs 196 del 30.06.2003 – d lgs n. 101 del 10.08.2018 ed art. 13 GDPR regolamento UE 2016 n. 679)

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………………. nato/a a…………………………………………….

Prov ………………. il …………………………………………. e residente in ……………………………………… prov. …………….

Via ……………………………………………………………………. N. ………………, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445 del 28.12.2000, in qualità di tirocinante,

**AUTORIZZA**

L’Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello di Palermo al trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 comma 1 del D.lgs n. 196 del 30/06/2003, come modificato dal D.lgs n. 101 del 10/08/2018, in conformità al regolamento UE 2016/697 (GDPR), così come previsto dall’art 31 del Regolamento tirocini e volontariato A.O.O.R. Villa Sofia Cervello, ai fini della gestione del rapporto di tirocinio/frequenza volontaria

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(si allega alla presente dichiarazione la fotocopia di valido documento di identità)*