

MODULO DI ISCRIZIONE "CORSO DEFIBRILLATORI"

___I___ sottoscritt _____

Nat ___a___ _____ il _____ prov. _____

Residente in _____ (c.a.p.) _____ Via/Piazza _____ n° _____

Telefono fisso _____ Cellulare _____

Email _____ Codice fiscale _____

CHIEDE

o **Di iscriversi**

o **Di iscrivere il proprio/i figlio/a/i minorenni (sopra i 15 anni):**

1) Nome e cognome del minore da iscrivere: _____

Nato a _____ prov _____ il _____

2) Nome e cognome del minore da iscrivere: _____

Nato a _____ prov _____ il _____

AL CORSO TEORICO E PRATICO PER L'UTILIZZO DEL DEFIBRILLATORE – corso obbligatorio della durata di 5 ore

Il/La Sottoscritto/a autorizza l'Amministrazione comunale a realizzare filmati o foto nell'ambito del progetto. Tali riprese dovranno avere la funzione di documentare le iniziative e potranno essere utilizzate solo a scopo documentale, illustrativo o didattico. Autorizzo la pubblicazione di tali immagini / riprese sul sito web istituzionale o su altri canali mediatici istituzionali, o dell'ente gestore, a documentazione dell'iniziativa svolta.

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Comune di Coccaglio saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Coccaglio.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.comune.coccaglio.bs.it.

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo del DPO
LTA S.r.l.	14243311009	Vicolo delle Palle, 25	00186	Roma	Recupero Luigi

Coccaglio, il _____

IL DICHIARANTE
(Firma Leggibile)

ALLEGATI OBBLIGATORI: FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' E CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE (ai sensi dell'art. 38, comma 3, D.P.R. 445/00);