





**LA DOTT.SSA / IL DOTTORE \_\_\_\_\_**  
**INCARICATO/A AD EFFETTUARE ATTIVITÀ DI COMPLEMENTO ALLA**  
**DIDATTICA PER IL MODULO \_\_\_\_\_**  
**HA SVOLTO NUMERO \_\_\_\_\_ DI ORE DI ATTIVITÀ.**

**ASTI, IL \_\_\_\_\_**

**FIRMA \_\_\_\_\_**

Privacy-Informativa art.13 del GDPR Reg. UE 679/2016

Ai sensi del GDPR Reg. UE 679/2016 le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dei corsi. E' possibile accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui agli artt.15-22 del GDPR Reg. UE 679/2016 inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento dati secondo le modalità di cui all'informativa generale pubblicata sul sito ASL AT, sezione Tutela dati personali.

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richiesta o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono ed ha la stessa validità temporale degli atti che sostituisce.