

MODULO C

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche – Asti

LA PRESIDENTE
DEL CORSO DI LAUREA
MAGISTRALE
IN SCIENZE INFERMIERISTICA
E OSTETRICHE
SEDE DI ASTI

IL/ LA SOTTOSCRITTO/A _____
DOCENTE DELL'INSEGNAMENTO _____
E/O RESPONSABILE DEL MODULO _____
DEL CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN INFERMIERISTICA, SEDE DI ASTI, ANNO DI CORSO
_____ SEMESTRE _____
DELL'ANNO ACCADEMICO _____

DICHIARA CHE

sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia.

DATA	ATTIVITÀ DI SUPPORTO AL DOCENTE	ATTIVITÀ D'AULA (ESERCITAZIONI O LAVORI IN PICCOLI GRUPPI)	Num. di ORE
TOTALE ORE COMPLESSIVE			

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.