

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(rilasciata ai sensi dell'art. 46, lettera c, del DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

cognome e nome _____

nato/a a _____ (____) il _____

luogo sigla prov. data _____

residente a _____ (____) (____)

comune cap sigla prov. _____

indirizzo _____

Via/Piazza e numero civico _____

recapito telefonico _____

indirizzo e mail _____

consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA**di essere dipendente in quiescenza del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria a decorrere dal.....****di aver cessato la propria attività lavorativa per Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria dal.....****di essere iscritto all'Ente di Assistenza per il Personale dell'Amministrazione Penitenziaria dal fino alla data della sottoscrizione della presente dichiarazione (allegando prova del versamento della quota)**

luogo e data:

firma del dichiarante:

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 – GDPR)

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito “GDPR”), **l’Ente di Assistenza per il Personale dell’Amministrazione Penitenziaria (EAP)**, con sede in Largo Luigi Daga, 2 – 00164 Roma, in qualità di **Titolare del trattamento**, fornisce la presente informativa in merito al trattamento dei dati personali raccolti tramite il presente modulo.

1. Tipologia di dati trattati

I dati personali oggetto di trattamento comprendono esclusivamente:

- dati anagrafici (nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale);
- recapiti (indirizzo, telefono, email).

2. Finalità del trattamento

I dati personali sono trattati **unicamente per la finalità di trasmissione** al Poliambulatorio “Montezemolo”, al fine di consentire l’esecuzione di visite o accertamenti medici richiesti. Non è previsto alcun ulteriore utilizzo dei dati per finalità diverse da quelle sopra indicate.

3. Base giuridica del trattamento

La base giuridica del trattamento è costituita dal **consenso espresso dell’interessato**, ai sensi dell’art. 6, par. 1, lett. a) del GDPR.

4. Modalità del trattamento

Il trattamento è effettuato mediante strumenti informatici, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione e sicurezza dei dati.

5. Comunicazione dei dati

I dati personali saranno **trasmessi esclusivamente** al suddetto Poliambulatorio e non è prevista la diffusione dei dati né ulteriori comunicazioni a soggetti terzi.

6. Periodo di conservazione

I dati saranno conservati dall’EAP per il tempo strettamente necessario alla trasmissione e agli adempimenti connessi, nel rispetto degli obblighi di legge.

7. Diritti dell’interessato

L’interessato può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dagli artt. 15–22 del GDPR, tra cui: accesso ai dati personali; rettifica o aggiornamento; cancellazione o limitazione del trattamento; opposizione al trattamento; revoca del consenso, senza pregiudicare la liceità del trattamento effettuato prima della revoca.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a

Nome e cognome

dichiara di aver preso visione dell’informativa sopra riportata e

AUTORIZZA

l’Ente di Assistenza per il Personale dell’Amministrazione Penitenziaria (EAP) al trattamento dei propri dati personali raccolti tramite il presente modulo **per la sola finalità di trasmissione dei dati al Poliambulatorio indicato**, nei limiti e con le modalità descritte nell’informativa.

Luogo e data:

Firma dell’interessato/a: