

N. ORE DI SERVIZIO …………………………………………………………………………………..

 IL/LA sottoscrittO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, modificato ed integrato dal D.Lgs. n. 101/2018, e del Regolamento UE n. 679/2016, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, dichiara di aver preso visione dell’informativa DOCENTI E PERSONALE ATA sul sito web della scuola.

 FIRMA Ass.te Spec.co

 ……………………………………