

Via _____ Comune _____ Provincia _____ CAP _____

Persona referente _____ Ruolo _____

Tel. _____ E-mail _____

Sede in cui si svolge la formazione _____

Nota Informativa

Ai sensi del D.Lgs.30 giugno 2003 n.196, Le forniamo le seguenti indicazioni:

- 1. I dati da lei forniti saranno trattati e diffusi esclusivamente nell'ambito delle procedure in materia di apprendistato;*
- 2. Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;*
- 3. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi del D.Lgs.n. 297/2002;*
- 4. Titolare del trattamento è la Regione Autonoma della Sardegna;*
- 5. Responsabile del trattamento è il dirigente del Servizio della Governance della Formazione Professionale”;*
- 6. In ogni momento Lei potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.Lgs. 196/2003 .In particolare Lei ha diritto a:*
 - a)conoscere in ogni momento i dati personali in possesso della Regione Sardegna, che la riguardano e come vengono trattati;*
 - b)chiedere l'aggiornamento,l'integrazione, la rettifica o la cancellazione dei dati;*
 - c)opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento di dati personali che la riguardano.*

(Luogo e data) _____, lì _____

Timbro e firma del Legale Rappresentante dell'azienda

Firma dell'apprendista _____

Firma del tutor aziendale _____

Timbro e firma del Legale Rappresentante dell'Agenzia Formativa

Firmare in modo leggibile e per esteso

Allegare copia fotostatica non autenticata dei documenti d'identità in corso di validità di tutti i sottoscrittori del Piano.