



COGNOME	NOME
LUOGO E DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO	NR.
COMUNE	CAP
PROVINCIA	TEL.
E-MAIL	CELL.
CORSO SCELTO	
ORARIO	GIORNI
ISTRUTTORE	
CORSO SCELTO	
ORARIO	GIORNI
ISTRUTTORE	

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

IL/La sottoscritto/a _____, acquisite le informazioni di cui all'art. Del D. Lgs. 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'art. 4, comma 1, lettera D, del decreto citato, vale a dire i dati idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale.

In particolare consento che i dati riguardanti _____ siano comunicati a _____ e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dai contratti.

Cagliari _____

Firma _____

Non autorizzo al trattamento dei dati sensibili

Autorizzo per la distruzione del certificato medico allo scadere dell'anno

Firma _____