



## 1.000 GIORNI DI NOI

Interventi di supporto alla genitorialità nella cura di bambini e bambine nei primi tre anni di vita

DGR n. 115 del 12 febbraio 2024

### CCS - Consorzio Cooperative Sociali scsc

### Partner operativo Alinsieme Società cooperativa sociale onlus

(da usare per i progetti a valere sul PR FSE+ 2021-2027)

#### Dati intervento

|                           |                                                                                                                                             |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Avviso (DGR)              | DGR 115/2024                                                                                                                                |
| Codice locale progetto    | 1305 – 0002 – 115 - 2024                                                                                                                    |
| Titolo Intervento         | LABORATORIO SU SALUTE E SICUREZZA NEI PRIMI 1000 GIORNI DI VITA. PREVENZIONE E SICUREZZA A TAVOLA. TAGLI SICURI E MANOVRE DI DISOSTRUZIONE. |
| Codice intervento         | 1305/10767412-101/392/DEC/24                                                                                                                |
| Localizzazione intervento | Ambito ATS VEN 05 – ARZIGNANO                                                                                                               |

### Domanda di partecipazione

(rivolta a tutti i richiedenti. Compilare tutte le sezioni della domanda di partecipazione e, se di pertinenza dove richiesto, anche la sezione specifica TABELLA DATI MINORI)

#### Sezione dati anagrafici

|    |                                                                                           |                                                                                              |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | COGNOME                                                                                   |                                                                                              |
| 2  | NOME                                                                                      |                                                                                              |
| 3  | GENERE                                                                                    | <input type="radio"/> FEMMINA;<br><input type="radio"/> MASCHIO;<br><input type="radio"/> nd |
| 4  | LUOGO DI NASCITA                                                                          |                                                                                              |
| 5  | DATA DI NASCITA                                                                           |                                                                                              |
| 6  | CODICE FISCALE                                                                            |                                                                                              |
| 7  | CITTADINO UE                                                                              | <input type="radio"/> Sì<br><input type="radio"/> No                                         |
| 8  | CITTADINANZA                                                                              |                                                                                              |
| 9  | PROVENIENZA DA UN PAESE EXTRA UE* (da compilare se è stato risposto Sì alla domanda n. 7) | <input type="radio"/> Sì<br><input type="radio"/> No                                         |
| 10 | PAESE DI PROVENIENZA EXTRA UE (da compilare se è stato risposto Sì alla domanda n. 9)     |                                                                                              |
| 11 | È AFFETTO/A DA DISABILITÀ?                                                                | <input type="radio"/> Sì<br><input type="radio"/> No                                         |





## 1.000 GIORNI DI NOI

Interventi di supporto alla genitorialità nella cura di bambini e bambine nei primi tre anni di vita

DGR n. 115 del 12 febbraio 2024

|    |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 | APPARTIENE A UNA MINORANZA (COMPRESSE LE COMUNITÀ EMARGINATE, COME I ROM)?                                               | <input type="radio"/> Sì<br><input type="radio"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 13 | È SENZATETTO O COMUNQUE COLPITO/A DA ESCLUSIONE ABITATIVA?                                                               | <input type="radio"/> Sì<br><input type="radio"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 14 | TIPOLOGIA DESTINATARIO:                                                                                                  | <input type="radio"/> Componente nucleo familiare con minori<br><input type="radio"/> Componente nucleo familiare senza minori<br><input type="radio"/> Persona interessata a costituire un nucleo familiare<br><input type="radio"/> Operatore pubblico e privato coinvolto nell'attuazione degli interventi<br><br><input type="radio"/> Altre figure che hanno rapporti significativi con il minore e/o la famiglia |
| 15 | <u>DESIDERA CONFERIRE IL CODICE FISCALE DI UNO O PIU' MINORI?</u><br><br>(Se Sì, compilare: Sezione TABELLA DATI MINORI) | <input type="radio"/> Sì<br><input type="radio"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

\*Per PROVENIENZA DA UN PAESE EXTRA UE si intendono:

- I cittadini degli stati membri UE che erano cittadini di un paese terzo e che sono diventati cittadini UE attraverso il processo di naturalizzazione in uno degli stati membri
- I cittadini UE provenienti da un contesto migratorio per discendenza da genitori giunti da un paese terzo

### Sezione **RESIDENZA E DOMICILIO**

|    |                                                                                                                                                               |                                                      |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 16 | RESIDENZA ALL'ESTERO? (Se la risposta è NO rispondere alle successive domande. Se la risposta è Sì passare alla domanda n. 20 – STATO DELLA RESIDENZA ESTERA) | <input type="radio"/> Sì<br><input type="radio"/> No |
| 17 | INDIRIZZO RESIDENZA                                                                                                                                           |                                                      |
| 18 | COMUNE RESIDENZA                                                                                                                                              |                                                      |
| 19 | CAP RESIDENZA                                                                                                                                                 |                                                      |
| 20 | STATO DELLA RESIDENZA ESTERA (da compilare se è stato risposto Sì alla domanda 16)                                                                            |                                                      |
| 21 | TELEFONO                                                                                                                                                      |                                                      |
| 22 | E-MAIL                                                                                                                                                        |                                                      |
| 23 | IL DOMICILIO È DIVERSO DALLA RESIDENZA? (Se la risposta è Sì rispondere anche alle domande successive, altrimenti passare alla sezione successiva)            | <input type="radio"/> Sì<br><input type="radio"/> No |
| 24 | INDIRIZZO DOMICILIO                                                                                                                                           |                                                      |



# 1.000 GIORNI DI NOI

Interventi di supporto alla genitorialità nella cura di bambini e bambine nei primi tre anni di vita

DGR n. 115 del 12 febbraio 2024

|    |                  |  |
|----|------------------|--|
| 25 | COMUNE DOMICILIO |  |
| 26 | CAP DOMICILIO    |  |

## Sezione TITOLI DI STUDIO

|    |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27 | TITOLO DI STUDIO                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>○ NESSUN TITOLO</li><li>○ LICENZA ELEMENTARE/ATTESTATO DI VALUTAZIONE FINALE</li><li>○ LICENZA MEDIA /AVVIAMENTO PROFESSIONALE</li><li>○ TITOLO DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO (SCOLASTICA o FORMAZIONE PROFESSIONALE) CHE NON PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ</li><li>○ DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ</li><li>○ QUALIFICA PROFESSIONALE REGIONALE POST-DIPLOMA, CERTIFICATO DI SPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE (IFTS)</li><li>○ DIPLOMA DI TECNICO SUPERIORE (ITS)</li><li>○ LAUREA DI I LIVELLO (triennale), DIPLOMA UNIVERSITARIO, DIPLOMA ACCADEMICO di I LIVELLO (AFAM)</li><li>○ LAUREA MAGISTRALE/SPECIALISTICA di II LIVELLO, DIPLOMA DI LAUREA DEL VECCHIO ORDINAMENTO (4-6 anni), DIPLOMA ACCADEMICO di II livello.</li><li>○ TITOLO DI DOTTORE DI RICERCA</li></ul> |
| 28 | A QUALE GRUPPO DISCIPLINARE APPARTIENE LA LAUREA O IL DIPLOMA UNIVERSITARIO?<br>(Rispondere solo se alla domanda 25 è stata inserito un titolo di studio pari a Laurea di I Livello o superiore) | <ul style="list-style-type: none"><li>○ GRUPPO SCIENTIFICO</li><li>○ GRUPPO CHIMICO FARMACEUTICO</li><li>○ GRUPPO GEO-BIOLOGICO</li><li>○ GRUPPO MEDICO</li><li>○ GRUPPO INGEGNERIA</li><li>○ GRUPPO ARCHITETTURA</li><li>○ GRUPPO AGRARIO</li><li>○ GRUPPO ECONOMICO-STATISTICA</li><li>○ GRUPPO POLITICO-SOCIALE</li><li>○ GRUPPO GIURIDICO</li><li>○ GRUPPO LETTERARIO</li><li>○ GRUPPO LINGUISTICO</li><li>○ GRUPPO INSEGNAMENTO</li><li>○ GRUPPO PSICOLOGICO</li><li>○ GRUPPO EDUCAZIONE FISICA</li><li>○ TITOLO DI STUDIO DIVERSO DA LAUREA O DIPLOMA UNIVERSITARIO</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## Sezione CONDIZIONE PROFESSIONALE

|    |                                    |                                                                                                                                                    |
|----|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 29 | QUAL È IL SUO STATO OCCUPAZIONALE? | <ul style="list-style-type: none"><li>○ OCCUPATO</li><li>○ DISOCCUPATO (COMPRESO CHI È IN CERCA DI PRIMA OCCUPAZIONE)</li><li>○ STUDENTE</li></ul> |
|----|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## 1.000 GIORNI DI NOI

Interventi di supporto alla genitorialità nella cura di bambini e bambine nei primi tre anni di vita

DGR n. 115 del 12 febbraio 2024

|  |  |                                                                                                                                                                                                    |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"><li>○ INATTIVO DIVERSO DA STUDENTE (CASALINGA/O, RITIRATO/A DAL LAVORO, INABILE AL LAVORO, IN SERVIZIO DI LEVA O SERVIZIO CIVILE, IN ALTRA CONDIZIONE)</li></ul> |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Sezione REQUISITI SPECIFICI RICHIESTI DALL'AVVISO DGR 115/2024

|    |                                                                                                                    |                                                                                                              |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 29 | E' ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE                                                                        | <ul style="list-style-type: none"><li>○ SI (compila Sezione TABELLA MINORI dedicata)*</li><li>○ NO</li></ul> |
| 30 | HA L'AUTORIZZAZIONE DA PARTE DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE PER IL CONFERIMENTO DEI DATI DEL MINORE | <ul style="list-style-type: none"><li>○ SI (compila Sezione TABELLA MINORI dedicata)*</li><li>○ NO</li></ul> |

### Sezione TABELLA DATI MINORE 1

|   |                          |                                                                   |
|---|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 1 | COGNOME                  |                                                                   |
| 2 | NOME                     |                                                                   |
| 3 | LUOGO DI NASCITA         |                                                                   |
| 4 | DATA DI NASCITA          |                                                                   |
| 5 | INDIRIZZO RESIDENZA      |                                                                   |
| 6 | CODICE FISCALE           |                                                                   |
| 7 | CONDIZIONE DI SVANTAGGIO | <ul style="list-style-type: none"><li>○ SI</li><li>○ NO</li></ul> |

### DATI MINORE 1 (dati dei minori necessari all'inserimento del codice fiscale all'interno dei sistemi informatici regionali)

|   |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | TITOLO DI STUDIO<br>(informazioni richieste esclusivamente per l'inserimento dei dati nei sistemi informatici regionali ed in linea con quanto richiesto nell'ambito della Programmazione Regionale 21-27 FSE+) | <ul style="list-style-type: none"><li>○ NESSUN TITOLO</li><li>○ LICENZA ELEMENTARE/ATTESTATO DI VALUTAZIONE FINALE</li><li>○ LICENZA MEDIA /AVVIAMENTO PROFESSIONALE</li><li>○ TITOLO DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO (SCOLASTICA o FORMAZIONE PROFESSIONALE) CHE NON PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ</li><li>○ DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ</li><li>○ QUALIFICA PROFESSIONALE REGIONALE POST-DIPLOMA, CERTIFICATO DI SPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE (IFTS)</li><li>○ DIPLOMA DI TECNICO SUPERIORE (ITS)</li></ul> |
| 2 | QUAL È IL SUO STATO OCCUPAZIONALE?                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>○ OCCUPATO</li><li>○ DISOCCUPATO</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |





## 1.000 GIORNI DI NOI

Interventi di supporto alla genitorialità nella cura di bambini e bambine nei primi tre anni di vita

DGR n. 115 del 12 febbraio 2024

|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (informazioni richieste esclusivamente per l'inserimento dei dati nei sistemi informatici regionali in linea con quanto richiesto nell'ambito della Programmazione Regionale 21-27 FSE+) | <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> STUDENTE</li><li><input type="radio"/> INATTIVO DIVERSO DA STUDENTE</li></ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Sezione **TABELLA DATI MINORE 2**

|   |                          |                                                                                                           |
|---|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | COGNOME                  |                                                                                                           |
| 2 | NOME                     |                                                                                                           |
| 3 | LUOGO DI NASCITA         |                                                                                                           |
| 4 | DATA DI NASCITA          |                                                                                                           |
| 5 | INDIRIZZO RESIDENZA      |                                                                                                           |
| 6 | CODICE FISCALE           |                                                                                                           |
| 7 | CONDIZIONE DI SVANTAGGIO | <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Sì</li><li><input type="radio"/> No</li></ul> |

### **DATI MINORE 2** (dati dei minori necessari all'inserimento del codice fiscale all'interno dei sistemi informatici regionali)

|   |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | TITOLO DI STUDIO<br>(informazioni richieste esclusivamente per l'inserimento dei dati nei sistemi informatici regionali ed in linea con quanto richiesto nell'ambito della Programmazione Regionale 21-27 FSE+)                | <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> NESSUN TITOLO</li><li><input type="radio"/> LICENZA ELEMENTARE/ATTESTATO DI VALUTAZIONE FINALE</li><li><input type="radio"/> LICENZA MEDIA /AVVIAMENTO PROFESSIONALE</li><li><input type="radio"/> TITOLO DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO (SCOLASTICA o FORMAZIONE PROFESSIONALE) CHE NON PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ</li><li><input type="radio"/> DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ</li><li><input type="radio"/> QUALIFICA PROFESSIONALE REGIONALE POST-DIPLOMA, CERTIFICATO DI SPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE (IFTS)</li><li><input type="radio"/> DIPLOMA DI TECNICO SUPERIORE (ITS)</li></ul> |
| 2 | QUAL È IL SUO STATO OCCUPAZIONALE?<br>(informazioni richieste esclusivamente per l'inserimento dei dati nei sistemi informatici regionali in linea con quanto richiesto nell'ambito della Programmazione Regionale 21-27 FSE+) | <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> OCCUPATO</li><li><input type="radio"/> DISOCCUPATO</li><li><input type="radio"/> STUDENTE</li><li><input type="radio"/> INATTIVO DIVERSO DA STUDENTE</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

**\* Allegare alla presente "Autorizzazione al conferimento dei dati personali del minore"**





## 1.000 GIORNI DI NOI

Interventi di supporto alla genitorialità nella cura di bambini e bambine nei  
primi tre anni di vita

DGR n. 115 del 12 febbraio 2024

L'informativa sulla privacy che le è stata consegnata è visionabile e scaricabile anche al seguente link  
<https://www.alinsiemecoop.org/moduli/>



Luogo e data

Firma del partecipante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





## 1.000 GIORNI DI NOI

Interventi di supporto alla genitorialità nella cura di bambini e bambine nei primi tre anni di vita

DGR n. 115 del 12 febbraio 2024

### “AUTORIZZAZIONE AL CONFERIMENTO DEI DATI PERSONALI DEL MINORE”

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ Documento di

identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Avvalendosi della facoltà concessa dall'art.46 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

#### COMUNICA DI ESSERE:

(barrare solo le voci di interesse)

**Genitore** del minore e di esercitare la **responsabilità genitoriale:**

congiuntamente all'altro genitore (nome e cognome)

**Genitore unico**

**Tutore** come da Provvedimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
repertorio/registro \_\_\_\_\_ Autorità \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

**DICHIARA** di aver acquisito e compreso le Informazioni ex art. 13 del Reg. UE 679/2016

**ESPRIME IL CONSENSO al trattamento dei dati del minore** (nome, cognome e C.F.)

nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ per le  
finalità e con le modalità descritte nell'Informativa.

**Data .....**/...../..... **Firma leggibile del dichiarante .....**

**NOTA BENE:** La presente dichiarazione deve essere presentata con allegata fotocopia di documenti di identità/riconoscimento del genitore/tutore.





## 1.000 GIORNI DI NOI

Interventi di supporto alla genitorialità nella cura di bambini e bambine nei  
primi tre anni di vita

DGR n. 115 del 12 febbraio 2024

Il trattamento dei dati personali dei minori viene effettuato al solo scopo di conteggiare i codici fiscali. Il dato viene trattato nel pieno rispetto della normativa comunitaria e viene trasmesso alla Commissione europea al solo fine di certificare il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Regionale FSE+ 2021/2027 e realizzati attraverso la **DGR 115 del 12 febbraio 2024**.

**OGGETTO:** Informativa ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016/679 e della normativa nazionale vigente relativi alla tutela del trattamento dei dati personali.

**C.C.S. Consorzio Cooperative Sociali** comunica che, per l'instaurazione e la gestione del rapporto di formazione e/o tirocinio, è titolare di Suoi dati qualificati come dati personali ai sensi del GDPR 2016/679 e dalla normativa nazionale vigente.

### Finalità del trattamento.

La raccolta ed il trattamento dei dati personali sono effettuati:

- a) Per adempimenti amministrativi, relativi all'attività di formazione e produzione della documentazione relativa
- b) Per l'espletamento di tutte le pratiche previste dalla normativa vigente in materia di Previdenza ed Assistenza sociale, Sicurezza sul Lavoro, Privacy e Ambientale
- c) Per l'espletamento di pratiche relative alla sua partecipazione ad eventi formativi interni od esterni
- d) Per le comunicazioni e gli accessi alle aree riservate dedicate

e saranno oggetto di trattamento improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Vostra riservatezza e dei Vostri diritti. I Vostri dati personali verranno trattati per tutta la durata del rapporto di formazione e anche successivamente per l'espletamento di tutti gli adempimenti di legge.

### Modalità di trattamento.

I dati personali raccolti presso terzi (Scuole e Istituti di istruzione) o che Lei ci fornisce, anche acquisiti in seguito al periodo di formazione, oggetto di trattamento per le finalità esposte ha luogo con modalità sia automatizzate, su supporto elettronico o magnetico, sia non automatizzate, su supporto cartaceo, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge, dai regolamenti conseguenti e da disposizioni interne.

### Luogo di trattamento.

I dati vengono attualmente trattati ed archiviati presso la sede di Via Euganea, 27 a Selvazzano Dentro (PD). Sono altresì trattati, per conto della Scrivente, da professionisti e/o società incaricati di svolgere attività tecniche, di sviluppo, gestionali e amministrativo – contabili oltre che presso soggetti terzi come fornitori di servizi tecnico-informatici, nominati quali Responsabili esterni, il cui elenco è disponibile a richiesta presso il Titolare.

### Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati e conseguenze di un eventuale rifiuto al conferimento.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per tutto quanto è richiesto dagli obblighi legali e contrattuali e pertanto l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all'impossibilità per la Scrivente di dare esecuzione al rapporto di formazione o di svolgere correttamente tutti gli adempimenti, quali quelli di natura assicurativa, connessi al rapporto stesso.

### Comunicazione dei dati.

Fermo restando le comunicazioni eseguite in adempimento ad obblighi di legge o contrattuali, i suoi dati personali potranno essere comunicati a soggetti esterni, che operano in qualità di titolari autonomi o responsabili del trattamento dei dati personali per nostro conto, in esecuzione del sopra menzionato rapporto di lavoro e per le medesime finalità:

- e) Persone Giuridiche, sia Private che Pubbliche, Enti e Associazioni in forza degli adempimenti previsti ex L. 81/08 e/o di Leggi e Regolamenti anche Regionali e/o Locali, che possono trattare anche dati sanitari e giuridici;
- f) Studi medici in adempimento degli obblighi in materia di igiene e sicurezza del lavoro;
- g) Società di assicurazioni;
- h) Enti pubblici a fini statistici.
- i) Enti di formazione per la partecipazione e la documentazione relativa ad eventi formativi.

Il suo nominativo potrà anche essere comunicato a terzi o diffuso nell'ambito di eventi organizzati per l'informazione e la promozione dell'attività o per l'organizzazione di iniziative di raccolta fondi a supporto del Consorzio.

Se i dati saranno comunicati a fini statistici ne sarà garantito l'anonimato.

Inoltre, nella gestione dei suoi dati, possono venirne a conoscenza degli stessi le seguenti categorie di incaricati e/o responsabili interni ed esterni:

- Dipendenti dell'Area Formazione, dell'Area Risorse Umane, dell'Amministrazione e della Segreteria
- Titolari e dipendenti di società esterne che operano per il Consorzio, il cui conferimento dei dati è strettamente funzionale all'esecuzione del rapporto contrattuale.

### Trasferimento dei dati all'estero.

I Suoi dati potranno essere comunicati e/o trasmessi all'estero, anche verso Paesi Terzi non europei, solo per l'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto di servizio e/o al mandato del quale Lei è parte interessata o per adempiere, prima della conclusione del contratto, a specifiche Sue richieste, ovvero per la conclusione o per l'esecuzione di un contratto stipulato a Suo favore nel pieno rispetto degli art. dal 44 e s.s. del GDPR 2016/679, ovvero per motivi esclusivamente tecnici legati alla

struttura del Sistema Informativo aziendale e/o all'applicazione di misure di sicurezza tecniche e organizzative ritenute idonee dal Titolare (art. 32 GDPR 2016/679).

### **Tempi di conservazione dei dati:**

I dati forniti verranno conservati presso i nostri archivi anche dopo la cessazione del rapporto di formazione per l'espletamento di tutti gli eventuali adempimenti connessi e derivanti dalla conclusione del rapporto stesso. E, in ogni caso, secondo i seguenti parametri:

- Per le attività di amministrazione, formazione, gestione dell'eventuale contenzioso: 10 anni come stabilito per Legge dal disposto dell'art. 2220 C.C., fatti salvi eventuali ritardati pagamenti su competenze e/o rimborsi che ne giustifichino il prolungamento.

### **Diritti dell'interessato.**

Relativamente ai dati personali medesimi l'interessato può esercitare i diritti previsti nei limiti e alle condizioni previste dagli artt. dal 15 al 22 del GDPR 2016/679 e dalla normativa nazionale vigente. In caso di sottoscrizione di una qualsiasi forma di consenso al trattamento richiesto da C.C.S. si fa presente che l'interessato può revocarlo in qualsiasi momento, fatti salvi gli adempimenti obbligatori previsti dalla normativa vigente al momento della richiesta di revoca, contattando il Titolare del trattamento ai recapiti di seguito riportati.

### **Diritto di Reclamo**

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal GDPR 2016/679 hanno il diritto di proporre reclamo a C.C.S., come previsto dall'art. 77 del GDPR 2016/679 stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del REGOLAMENTO UE 2016/679)

### **Titolare del trattamento.**

Il Titolare del Trattamento, al quale Lei potrà rivolgersi per far valere i diritti di cui agli artt. dal 15 al 22 del GDPR 2016/679 e dalla normativa nazionale vigente, è C.C.S. Consorzio Cooperative Sociali, con sede in Via Euganea, 27 a Selvazzano Dentro (Pd). L'elenco dei Responsabili è disponibile, a richiesta, presso la segreteria del Consorzio. I suddetti diritti potranno essere da Lei esercitati anche mediante l'invio di comunicazioni al seguente indirizzo di posta elettronica: [mail@reteccs.org](mailto:mail@reteccs.org).

Distinti saluti

C.C.S. Consorzio Cooperative Sociali

### **RICHIESTA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016 (GDPR)**

**COGNOME NOME** \_\_\_\_\_

Premesso che, come definito nell'informativa che il sottoscritto dichiara espressamente di aver ricevuto e letto, l'esecuzione del rapporto in essere con

#### **C.C.S. CONSORZIO COOPERATIVE SOCIALI**

può comportare la necessità di trattare dei dati personali dell'interessato e nella consapevolezza che, in mancanza del conferimento di tali dati il rapporto potrebbe non essere compiutamente esercitato, il sottoscritto esprime liberamente il consenso per le seguenti FINALITA':

Conferimento obbligatorio:

Gestione organizzativa e amministrativa dell'attività di formazione, comprese le finalità di interesse legittimo correlate ovvero gli adempimenti amministrativi, contabili e fiscali.

Recepimento e gestione di obblighi previsti da leggi, regolamenti e normativa nazionale e comunitaria, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo (es. per adempimenti di sicurezza).

DO IL CONSENSO ☐

Conferimento NON obbligatorio:

Conferimento di ogni altro dato o informazione personale non correlata con gli adempimenti per cui è previsto il conferimento obbligatorio. A titolo di esempio potrebbero rientrare in tale definizione i trattamenti di dati legati a ottimizzare l'organizzazione interna (questionari interni, ecc.), o a utilizzare l'immagine dell'interessato per la gestione delle comunicazioni con soggetti terzi (es, visibilità nei social networks o siti web aziendali).

DO IL CONSENSO ☐

NEGO IL CONSENSO ☐

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'INTERESSATO

\_\_\_\_\_