

**DELEGA PER RITIRO DIPLOMA
DI SPECIALIZZAZIONE SOSTEGNO
dall'a.a. 2016/2017**

La/Il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____

indirizzo _____

telefono _____ e-mail _____

specializzata/o nell'a.a. _____ / _____ presso l'Università degli Studi di Padova nelle attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità per la scuola

- Infanzia
- Primaria
- Secondaria di primo grado
- Secondaria di secondo grado

delega al ritiro del proprio diploma di specializzazione

la/il Sig.ra/Sig. _____

nata/o a _____ il _____

Allega alla presente fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegato e del delegante.

Trattamento dati personali

I dati personali comunicati dall'interessata/o saranno trattati dall'Università degli Studi di Padova unicamente per le finalità di gestione, anche su supporto informatico, della procedura per la quale sono stati richiesti, nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 27 aprile 2016, n. 679 (General Data Protection Regulation, GDPR). Per maggiori dettagli visionare il link <http://www.unipd.it/privacy>.

Luogo e data

Firma