RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO ALLA BANCA DATI "ESSE 3 PA" DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TERAMO

Ente Richiedente: (denomin. per esteso, non acronimo)	
Sede: (via, numero civico e città)	
Codice fiscale:	
E-mail della struttura:	
PEC:	
Rappresentante legale: (qualifica nome e cognome)	

Finalità specifiche per cui viene richiesto l'accesso (barrare la finalità specifica):

1. ☐ Verifica autocertificazioni riguardanti il possesso dei titoli di studio di coloro che intendono iscriversi ai corsi di studio offerti dall'Ateneo;

2. ☐ verifica autocertificazioni riguardanti il possesso dei titoli di studio presentati/dichiarati dai/dalle dipendenti e dai/dalle candidati/e che partecipano/hanno partecipato a procedure selettive per lo svolgimento delle funzioni del profilo di inquadramento richiesto presso l'amministrazione;

3. ☐ verifica autocertificazioni riguardanti il possesso dei titoli di studio di coloro che intendono iscriversi all'albo/ordine professionale per l'esercizio della professione di:

4. ☐ verifica autocertificazioni dei titoli di studio dichiarati dai/dalle docenti che si inseriscono nelle graduatorie di istituto (specificare la graduatoria):

5. ☐ verifica autocertificazioni riguardanti il possesso dei titoli di studio per:

6. ☐ altro (specificare):

Riferimento normativo che legittima l'accesso:

☐ art. 71 D.P.R. 445/2000;

☐ Altro (specificare): _____

DICHIARO:

☐ di essere Pubblica Amministrazione,

☐ di essere gestore di pubblici servizi (art. 43 del D.P.R. 445/2000),

☐ di avere preso visione delle modalità di erogazione (All. 1) e delle condizioni di utilizzo del servizio (All. 2),

☐ di accettare le condizioni di utilizzo del servizio (All. 2) che formano parte integrante della richiesta, di avere preso visione delle Informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (All. 3) e di averne consegnata copia al personale autorizzato al trattamento,

☐ di informare il personale autorizzato al trattamento sulle suddette condizioni di utilizzo del servizio

CHIEDO:

l'abilitazione per accedere alla banca della comunità studentesca del personale [1] indicato di seguito per le finalità specificate:

Responsabile del Trattamento ai **sensi dell'art 28 del Reg. UE 679/2016**, se nominato					
Denominazione	**Sede**	**Codice Fiscale**	**Partita Iva**	**PEC**	
Personale autorizzato al trattamento ([1])					
Codice Fiscale	**Cognome**	**Nome**	**E-mail personale istituzionale[2]**	**Struttura/Ufficio**	**Finalità specifiche per cui viene richiesto l'accesso**

Rappresentante legale
(atto sottoscritto in forma digitale)

N.B. si prega di compilare il modulo, previa visione degli allegati, in tutte le sue parti e di trasmetterlo in formato PDF/A, firmato digitalmente, all'indirizzo protocollo@pec.unite.it, unitamente alle scansioni di carta di identità e codice fiscale degli operatori abilitati.

[1] indicare non più di 2-3- persone

[2] e-mail personale istituzionale assegnata dall'ente di appartenenza (es. nome.congome@ente di appartenenza)