



Spett.le Associazione  
Down Universe  
Via Carona 17  
CH – 6912 Lugano Pazzallo

Io sottoscritto/a, Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

nata/o a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Attinenza: \_\_\_\_\_

domiciliata/o in Via: \_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Telefono Mobile: \_\_\_\_\_

chiedo di essere ammesso alle selezioni per il Corso Inclusivo di Informatica.

Prendo atto che solo il test di logica, il livello di studio minimo richiesto e la cronologia della ricezione di questa domanda daranno il diritto di partecipare al corso.

Prendo inoltre atto che possono intervenire modifiche non previste e senza preavviso al programma e agli argomenti di studio.

Si informa che il titolare del trattamento dei dati forniti con questo modulo è l'Associazione "Down Universe", con sede presso il domicilio del Presidente.

Il trattamento dei dati, che potrà essere effettuato anche con mezzi informatici, ha come uniche finalità l'iscrizione al Corso Inclusivo di Informatica.

In particolare l'indirizzo di posta elettronica è necessario per le comunicazioni relative ad eventuali modifiche di programmi ed orari del Corso.

I dati forniti non verranno utilizzati per scopi diversi da quelli sopra indicati né saranno mai trasmessi a terzi se non per le necessità strettamente connesse a quelle sopra specificate.

In relazione al trattamento dei dati l'interessato potrà esercitare i diritti previsti dalla normativa vigente ma una eventuale richiesta di cancellazione o distruzione degli stessi dovrà essere interpretata come una richiesta di recesso dal Corso.

Dichiaro di essere stato informato dei miei diritti ed esprimo il mio consenso per il trattamento dei dati sopra descritto.

Firma:

Luogo e data:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_