|  |  |
| --- | --- |
| **Comune di Capizzi** | **MOD 10 Modulo consenso al trattamento** |

**MODULO DI CONSENSO DELL’INTERESSATO**(Il Reg. Ue 2016/679 prevede che questo documento sia un documento a sé)

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e cognome |  |
| Nato il /a |  |
| Residente a |  |
| Codice fiscale |  |
| Telefono |  |
| Email |  |

Acconsento al trattamento dei miei dati personali da parte di Vostro Ente allo scopo di:

Sono consapevole e informato del diritto di potere revocare in qualsiasi momento e per qualsiasi ragione il consenso utilizzando il “Modulo recesso dell’interessato”

Firma

Data