**INFORMATIVA ai sensi dell’art. 13 d.lgs. 196/2003 e GDPR 2016/679**

Gentile utente, La informiamo che i dati raccolti con il presente modulo verranno trattati per accertare la conformità all’originale della documentazione clinica caricata da studenti/esse con Disturbi Specifici di Apprendimento nella propria pagina personale del data base Esse3.

Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia in assenza potrebbe non essere garantita l’erogazione dei servizi.

Il trattamento potrà avvenire sia con modalità elettronica che cartacea.

Tutti i dati raccolti saranno protetti e gestiti prioritariamente dall’ufficio Servizio Accoglienza Studenti con Disabilità e con DSA dell’Università degli Studi di Camerino; potrebbero essere trattati anche dalle strutture amministrative e dipartimentali dell’Università di Camerino per finalità amministrative/contabili, ma soltanto in forma parziale e non verranno comunicati ad altri Enti se non in forma aggregata.

L’utente indicando il proprio recapito telefonico accetta la possibilità di essere contattato/a dall’Università.

Il trattamento dei dati comprenderà anche dati personali c.d. sensibili ivi  
inclusi i dati idonei a rilevare lo stato di salute.

Il trattamento ha le finalità di erogare servizi specifici, che tengano conto dell'effettiva condizione di salute dello/a studente/essa e della documentazione clinica prodotta; per le medesime finalità  
potrebbero essere comunicati agli uffici d’Ateneo e ad Enti esterni (es. Ministero e ANVUR) solo alcune delle informazioni riportate per fini statistici e di rilevazione numerica; il  
trattamento e la comunicazione saranno effettuati in maniera aggregata, sotto forma di anonimato e con modalità elettronica.

Titolare del trattamento è l’Università degli Studi di Camerino.

Responsabile del trattamento è il Responsabile del Macro Settore Responsabile dell’Area Servizi agli Studenti e Mobilità Internazionale - Servizio Accoglienza Studenti con Disabilità e con DSA dell’Università degli Studi di Camerino.

La informiamo che in qualità di interessato/a potrà richiedere in qualunque momento e tramite istanza al Responsabile aggiornamento, integrazione, cancellazione dei dati.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione della sopra riportata informativa e di fornire il proprio consenso al trattamento dei dati conferiti.

**Con la sottoscrizione della presente informativa l’utente accetta il trattamento dei propri dati personali e sensibili.**

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

autentica e per esteso

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ**

**(artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000).**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.\_\_\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_) in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_

Recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Codice fiscale** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numero matricola** (solo per studenti già immatricolati) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sotto la mia responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi (art. 76 DPR n. 445/2000)

**dichiaro**

(barrare con una X entrambe le voci)

□ CHE la copia della documentazione clinica attestante il disturbo specifico dell'apprendimento, rilasciata da una struttura del Sistema Sanitario Nazionale o da specialisti e strutture accreditati dallo stesso, caricata nella mia pagina personale di Esse3, è conforme all’originale;

□ CHE quanto attestato nella documentazione clinica non è stato revocato, sospeso o modificato e corrisponde al mio attuale stato di salute e alle mie competenze (art. 4, comma 2, d.l. 9 febbraio 2012, n. 5).

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

autentica e per esteso