**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 medico-clinica caricata da studenti/esse con handicap e/o invalidità 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 Disabilità e 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 medico-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 trattamento dati, dott. Stefano Burotti, i cui contatti sono:

* mail: rpd@unicam.it
* PEC: rpd@pec.unicam.it

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, personali e sensibili, conferiti.

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

autentica e per esteso

MODULO RICHIESTA TEMPI AGGIUNTIVI E AUSILI
PER CANDIDATI/E CON DISABILITÀ

**Struttura del modulo:**

1. Dati Anagrafici
2. Dati relativi al bando
3. Dati relativi alla disabilità
4. Richiesta per candidati/e con disabilità

**DATI ANAGRAFICI**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Cellulare |  |

**DATI RELATIVI AL BANDO**

|  |  |
| --- | --- |
| A quale bando hai scelto di partecipare? |  |

**DATI RELATIVI ALLA DISABILITÀ**

(barrare con una X l’opzione scelta)

|  |
| --- |
| * Sono uno/a candidato/a con disabilità

Specificare: |

**RICHIESTA PER CANDIDATI/E CON DISABILITÀ**

(barrare con una X l’opzione scelta)

|  |
| --- |
| * Richiedo tempo aggiuntivo (max 50%)
* Richiedo il seguente ausilio strettamente connesso alla mia disabilità, **specificare:**
 |

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

autentica e per esteso