

Spett.le
FONDO CONOSCENZA
 Corso d'Italia, 39
 00198 – ROMA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____ il _____, Codice Fiscale _____, in qualità di legale rappresentante di _____, Codice Fiscale _____, P. IVA _____, con sede in _____ Prov. _____, Via _____ n. _____ CAP _____, Soggetto Proponente del Piano Formativo dal titolo _____, Codice Identificativo Piano _____,

DELEGA

L'Ente di seguito indicato, accreditato a Fondo Conoscenza, per l'attuazione delle attività previste nell'ambito del suddetto Piano indicate nella tabella sottostante:

Denominazione/Ragione Sociale	
Codice Fiscale	
P. IVA	
Sede legale (Indirizzo, Comune, Provincia, CAP)	
Cognome e nome legale rappresentante	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Residenza (Indirizzo, Comune, Provincia, CAP)	
Attività svolte dall'Ente Attuatore	

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e al Regolamento Europeo GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese e autorizza il trattamento dei suddetti dati.

Luogo e data _____

(Firmato Digitalmente)