

ALL. C

Quanto sopra a completamento dell'immatricolazione al **Master Universitario annuale di II Livello in "Medicina e Chirurgia Estetica" - A.A.2025/2026.**

Luogo e data _____

La/Il dichiarante

Firma leggibile

SI ALLEGA

- ☐ fotocopia di un documento di identità personale in corso di validità (carta di identità o passaporto, comprensivi del numero di documento, data e luogo del rilascio).

PRESA VISIONE TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a
dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui al Regolamento (UE) – GDPR - 2016/679 del 27 aprile 2016, delle Linee Guida CODAU in materia di privacy e protezione dei dati personali in ambito universitario adottate e fatte proprie dall'Ateneo con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 119/2018 Prot. n. 26014 nonché del Dlgs. n. 101 del 10/08/2018 – Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento EU 679/2016 (GDPR), reperibili sul Portale di Ateneo all'indirizzo www.unich.it/privacy.

Firma leggibile.....

..... li
(luogo e data)