

All. 6

DICHIARAZIONE E ACCETTAZIONE INCARICO

(ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto, nato a il, Micologo,

DICHIARA

di essere iscritto al n. del Registro Nazionale e/o al n. del Registro Regionale dei Micologi della Regione, e accetta l'incarico di Direttore del corso, che si terrà presso.....

dal 00/00/0000 al 00/00/0000

Luogo e data

In Fede

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento UE, n. 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa e all'uopo acconsento al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali nei limiti della stessa.

Allego copia documento di riconoscimento, apponendo firma autografa.

_____, li _____

(Firma per esteso e leggibile)