

ALL'UFFICIO CONTABILITA' AREA 1

	Cognome	Nome
Il/la Sottoscritto/a		
Nato/a a		il
Residente in		C.A.P.
Via e n. civico		
Codice fiscale		
Banca		
Città		

CODICE IBAN*:

Sigla Internaz.	Num. di controllo	CIN			ABI			CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE															

* Il campo relativo all'IBAN deve essere compilato digitalmente, al fine di garantire la corretta acquisizione delle informazioni.

- ☐ DOTTORATO DI RICERCA
- ☐ ASSEGNO DI RICERCA
- ☐ MEDICO IN FORMAZ.SPECIALISTICA
- ☐ SPECIALIZZAZIONE EX L.398/89
- ☐ ALTRE BORSE DI STUDIO

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Esclusivamente per problematiche inerenti ad un trattamento non conforme ai propri dati personali, è possibile contattare il Titolare inviando una PEC all'indirizzo ateneo@pec.unina.it oppure al Responsabile della Protezione dei Dati all'indirizzo rpd@unina.it / rpd@pec.unina.it. Per qualsiasi altra istanza relativa al procedimento in questione deve essere contattato invece l'Ufficio Contabilità Area 1 inviando una e-mail a uff.contabilitaareal@unina.it oppure una PEC a uff.contabilitaareal@pec.unina.it.

Agli interessati competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE. Le informazioni complete, relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: <http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy>.

Si allega fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità

Napoli, _____

Firma