

Istituto Statale di Istruzione Secondaria di 2° grado
POLO TECNOLOGICO IMPERIESE
I.T.I.S. "G.Galilei"- I.T.T.L. "A.Doria" - I.P.S.S.C. "U.Calvi"
 Via Santa Lucia 31 – 18100 Imperia – C.F. 80011330083
 Tel. 0183.29.59.58
 email: imis002001@istruzione.it
 PEC: imis002001@pec.istruzione.it
 sito: www.polotecnologicoimperiese.edu.it



Al Docente

NOMINA ADDETTO/INCARICATO DEL TRATTAMENTO

Il Dirigente Scolastico, in qualità di legale rappresentante dell'istituzione scolastica indicata in intestazione e titolare del trattamento dei dati,

- tenuto conto del ruolo funzionale da Lei svolto presso questo istituto,
- visto il Regolamento recante identificazione dei dati cosiddetti "sensibili e giudiziari" trattati e delle relative operazioni effettuate, emanato dal Ministero della Pubblica Istruzione con Decreto Ministeriale n.305 del 7.12.2006;

con il presente atto La nomina **Addetto/Incaricato del trattamento** e La autorizza a trattare dati personali dell'Istituto Scolastico per lo svolgimento delle sue mansioni, come previsto dall'art. 29 del RGPD UE 2016/679 (vigente normativa in materia di protezione dei dati personali)

Per effetto della suddetta nomina, Lei s'impegna a:

- procedere al trattamento dei dati personali nel rispetto dei principi generali liceità, correttezza, trasparenza, esattezza e minimizzazione
- rispettare il divieto assoluto di divulgazione in qualunque forma o modalità, analogica o digitale, dei dati trattati nel corso del presente incarico, anche per il tempo successivo alla sua cessazione, senza limiti temporali;
- partecipare agli interventi formativi organizzati dall'istituzione scolastica sui profili della disciplina sulla protezione dei dati personali più rilevanti in rapporto alle attività connesse alle sue mansioni.
- svolgere le operazioni di trattamento sulle seguenti banche dati, secondo le autorizzazioni indicate:

ALLIEVI E FAMIGLIARI	Comunicazione, Consultazione, Elaborazione, Modifica
---------------------------------	---

La presente nomina è a tempo indeterminato e s'intende automaticamente revocata alla data di cessazione del rapporto di lavoro in essere con questa istituzione scolastica.

LUOGO E DATA :
 Imperia,

Il Dirigente Scolastico e Titolare del Trattamento
 Prof. Giovanni Battista Siffredi
 La firma deve intendersi autografa e sostituita da indicazione
 A mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.Lgs 39/93

La/Il sottoscritta/o _____ dichiara di avere esaminato e compreso le linee guida in materia di sicurezza, recanti istruzioni sulle modalità esecutive del trattamento, disponibili in istituto, inviate e pubblicate sul sito dell'istituto.

Data : _____

Firma per accettazione : _____