



**DICHIARAZIONE DI RICEVIMENTO DELL'ATTO DI DESIGNAZIONE E DI IMPEGNO
ALL'OSSEVRANZA DELLE ISTRUZIONI ALLEGATE**

Da restituire sottoscritto e in formato PDF a: formazione.psico@ausl.bologna.it

Il/la sottoscritto/a _____
(COGNOME) _____ (NOME)

Iscritto/a alla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia _____

cod. MIUR _____

DICHIARA

1. di aver ricevuto la designazione ad autorizzato al trattamento dei dati personali;
2. di aver attentamente letto e compreso il contenuto della medesima designazione e del correlato allegato, impegnandosi ad osservare tutte le istruzioni impartite;
3. di obbligarsi ad osservare le ulteriori direttive/regolamentazioni aziendali reperibili alla sezione intranet dedicata (<https://intranet.internal.ausl.bologna.it/servizi/dg/uanticorruzione-trasparenza-e-privacy-sc/privacy-e-diritto-di-accesso>)
4. di prendere atto che l'obbligo di riservatezza riferito al tirocinio andrà osservato anche successivamente alla conclusione dello stesso.

Data _____

Firma