..... P A R M A .....

(Cognome)

(Nome)

.....

(Via)

(Localita')

(Prov)

Cod. Fisc.n° .....

Spett.Le
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA
Via Gramsci, 14

43126 P A R M A

Il sottoscritto ..... **dichiara che deve ricevere dalla**

Azienda Ospedaliera di Parma la somma sotto indicata a titolo di Borsa di Studio per

il periodo dal.....al.....

Competenze ..... **Euro** .....

(*) N.B. - Questa Azienda , per il periodo d'imposta 20___, provvederà ad effettuare la prescritta ritenuta con le aliquote d'imposta sul reddito delle delle persone fisiche, ragguagliando al periodo di paga i corrispondenti scaglioni annui di reddito ed effettuando le detrazioni previste.

decisione n° .....del .....

Si allega dichiarazione del responsabile del progetto attestante la frequenza.

Informativa art. 13 del D.Lgs. 196/2003: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in qualità di titolare del trattamento, La informa che i dati personali contenuti nel presente modulo sono raccolti, anche con strumenti informatici, e conservati presso gli archivi cartacei e informatici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, secondo le disposizioni previste dal D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), da personale all'uopo incaricato, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, per lo svolgimento delle attività sopra descritte e per le finalità strettamente connesse ad esse. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto a fornirli comporterà l'impossibilità di dare seguito alle richieste avanzate ed alle istanze inoltrate. E' sua facoltà esercitare i diritti di cui all'art. 7 e ss. del D.Lgs. 196/2003. Per esercitare tali diritti dovrà rivolgersi all'URP dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (tel. 0521/70314 - urp@ao.pr.it)."