

Modulo Registrazione per l'utilizzo delle risorse informatiche

INFN-CNAF

Il sottoscritto:

_____ (cognome, nome)

in qualità di

- responsabile INFN del progetto SUPER
 delegato del responsabile INFN del progetto SUPER
 altro (specificare) _____

CHIEDE

l'accesso con credenziali (username e password) alla rete informatica di INFN CNAF dalla data

_____ alla data _____ (durata massima 5 anni)

per il Sig./Dr.:

_____ (cognome, nome)

e-mail.:

per lo svolgimento della sua attività.

Dichiara altresì di aver fatto prendere visione delle condizioni specificate nei seguenti documenti:

- Informativa sul trattamento dei dati personali, reperibile all'indirizzo https://dpo.infn.it/wp-content/uploads/2019/01/Informativa_generale_INF_N_181204.pdf
- Estratto del regolamento informatico reperibile all'indirizzo https://www.cnaf.infn.it/wp-content/uploads/2020/03/Disciplinare_2020_IT.pdf

Luogo e data

Firma del Responsabile

Firma Utente SUPER

Dati Anagrafici	
Cognome (Family Name)	
Nome (First Name)	
Comune di Nascita (Birthplace)	
Provincia (State/Province)	
Stato (Country)	
Data di Nascita (Date of Birth)	
Codice Fiscale (se posseduto)	
Documento	
Tipo (Type)	
Numero (Number)	
Rilasciato da (Issued by)	
Data Rilascio (Issue date)	
Data di Scadenza (Expiry date)	