

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) | |