



## RICHIEDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO ALLA BANCA DATI "ESSE 3 PA" DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE

Il/La sottoscritto/a:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Email di contatto: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_  
(indicare la carica del soggetto firmatario: Rappresentante Legale o Responsabile della sede amministrativa) <sup>1</sup>:

Denominazione Ente: \_\_\_\_\_ Sede di: \_\_\_\_\_

C.F. o P.Iva: \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_  
(via/piazza, numero civico)

Comune: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> A titolo di esempio: Sindaco / Direttore / Dirigente Scolastico / Dirigente Area / Segretario Comunale / Responsabile sede amministrativa / Responsabile di filiale

### DICHIARA

- di essere Pubblica Amministrazione,
- di essere gestore di pubblici servizi (art. 43 del D.P.R. 445/2000)

### nonché

- di avere preso visione delle modalità di erogazione e delle condizioni di utilizzo del servizio (alla pagina web <https://www.unifi.it/it/ateneo/comunicazione/urp/richiesta-di-controllo-delle-autocertificazioni>)
- di accettare le condizioni di utilizzo del servizio che formano parte integrante della richiesta
- di informare gli utenti abilitati sulle suddette condizioni di utilizzo del servizio
- di informare l'Ateneo di Firenze se il dipendente riconosciuto non lavora più nello stesso ufficio/sede chiedendo la cancellazione del profilo

### INDICA che

le finalità istituzionali perseguite con i dati raccolti, nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza del trattamento dei dati personali, sono le seguenti:

- verifica autocertificazioni riguardanti il possesso dei titoli di studio di coloro che intendono iscriversi o che sono iscritti ai corsi di studio offerti dall'Ateneo;
- verifica autocertificazioni riguardanti il possesso dei titoli di studio presentati/dichiarati dai dipendenti e dai candidati che partecipano/hanno partecipato a procedure selettive per lo svolgimento delle funzioni del profilo di inquadramento richiesto presso l'amministrazione;
- verifica autocertificazioni riguardanti il possesso dei titoli di studio di coloro che intendono iscriversi all'albo/ordine professionale per l'esercizio della professione di \_\_\_\_\_
- verifica autocertificazioni dei titoli di studio dichiarati dai docenti che si inseriscono nelle graduatorie di istituto (specificare la graduatoria) \_\_\_\_\_
- verifica autocertificazioni riguardanti il possesso dei titoli di studio per \_\_\_\_\_
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

Indica la base normativa che legittima l'Ente all'acquisizione dei dati: \_\_\_\_\_

per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (max. 3 anni)

[data di sottoscrizione del presente modulo]

Per un numero di utenze pari a (max. 3): \_\_\_\_\_

### COMUNICA

che il **referente responsabile dell'accesso** è:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Contatti per eventuali comunicazioni:

Email: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Ruolo nell'Ente: \_\_\_\_\_

**Richiede di autorizzare all'accesso l'operatore/gli operatori (ognuno deve avere un indirizzo email diverso):**

1) Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Email personale istituzionale di contatto \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Provincia/Nazione \_\_\_\_\_

Numero di telefono per eventuali comunicazioni: \_\_\_\_\_

2) Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Email personale istituzionale di contatto \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Provincia/Nazione \_\_\_\_\_

Numero di telefono per eventuali comunicazioni: \_\_\_\_\_

3) Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Email personale istituzionale di contatto \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Provincia/Nazione \_\_\_\_\_

Numero di telefono per eventuali comunicazioni: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione, compreso e accettato integralmente l'Accordo di servizio e l'Informativa sul trattamento dei dati personali degli utenti pubblicati alla pagina dedicata <https://www.unifi.it/it/ateneo/comunicazione/urp/richiesta-di-controllo-delle-autocertificazioni>.

**IL RAPPRESENTANTE LEGALE**

*N.B.*

- *Compilare il modulo in tutte le sue parti e trasmetterlo in formato PDF/A all'indirizzo [ateneo@pec.unifi.it](mailto:ateneo@pec.unifi.it), unitamente ai documenti di identità e ai codici fiscali richiesti;*
- *Allegare, per ogni incaricato da abilitare al servizio, la copia di un documento di identità in corso di validità e la copia del codice fiscale;*
- *Il presente documento deve essere sottoscritto digitalmente dal rappresentante legale.*