



REGIONE BASILICATA

**Modulo Di Variazione Titolare
Servizio Posta Elettronica Certificata
Riservato agli Enti regionali e sub-regionali**

Il Richiedente, con il presente modulo di variazione compilato e sottoscritto in ogni sua parte, richiede la titolarità della casella PEC (Posta Elettronica Certificata) rilasciata dalla Regione Basilicata a titolo gratuito ai termini ed alle condizioni indicate nel "Manuale Operativo" disponibili sul sito www.ibasilicata.it, nella sezione PEC, che dichiara espressamente di conoscere ed accettare.

Cognome* _____ **Nome*** _____ **Nato/a il** ___ / ___ / ___

a _____ **Pr ()** **Cod.Fisc.*** _____

Residente a* _____ **Pr*()**

in Via/Piazza* _____ **Nr*** _____

Ente di appartenenza* _____ **Codice Fiscale** _____

Titolare del servizio/ufficio/unità organizzativa* _____

Telefono* _____ **Fax** _____ **Cellulare** _____

Denominazione casella: _____ **@pec.** _____ **.it**

E-Mail di riferimento* _____ **@** _____

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Documento di identità valido e leggibile (da allegare alla presente):

Carta d'Identità Patente Passaporto

Lì _____ **Data** _____ **Firma** _____

Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'Informativa art. 13 del Regolamento Generale Europeo per la protezione dei dati personali N. 2016/679 (GDPR) pubblicata sul sito <http://www.ibasilicata.it/web/guest/modulistica-e-guida> presto il mio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Lì _____ **Data** _____ **Firma** _____

Inviare via e-mail al seguente indirizzo centroservizi@regione.basilicata.it :

1. **il presente Modulo di adesione**
2. **copia del documento di identità**
3. **copia del codice fiscale**



REGIONE BASILICATA

**Modulo Di Variazione Titolare
Servizio Posta Elettronica Certificata
Riservato agli Enti regionali e sub-regionali**

IL SOTTOSCRITTO

Cognome* _____ **Nome*** _____ **Nato/a il** ____/____/____
a _____ **Pr () Cod.Fisc.*** _____
Residente a* _____ **Pr*()**
in Via/Piazza* _____ **Nr*** _____
in qualità di Rappresentante Legale dell'Ente* _____
Telefono* _____ **Fax** _____ **Cellulare** _____
E-Mail di riferimento* _____ @ _____

DELEGA LA SIG.RA/IL SIG. Cognome* _____ **Nome*** _____ **a**
richiedere la titolarità della Casella di Posta Elettronica Certificata suindicata secondo quanto stabilito dal Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e ss.mm.ii - Codice dell'Amministrazione Digitale - e dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 31 ottobre 2000 recante "Regole tecniche per il protocollo informatico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1998, n. 428 (Pubblicato sulla G.U. n. 272 del 21-11-2000)"

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Documento di identità valido e leggibile (da allegare alla presente):

Carta d'Identità Patente Passaporto

Lì _____ Data _____ Firma _____

Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'Informativa art. 13 del Regolamento Generale Europeo per la protezione dei dati personali N. 2016/679 (GDPR) pubblicata sul sito <http://www.ibasilicata.it/web/guest/modulistica-e-guida> presto il mio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Lì _____ Data _____ Firma _____

Inviare il presente Modulo di adesione, copia del documento di identità e del codice fiscale via e-mail al seguente indirizzo centroservizi@regione.basilicata.it