**ALLEGATO N. 2** (SOLO DOCENTI E PEROSONALE ATA)

****

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo “F.lli Mercantini”

Fossombrone (PU)

tramite email: psic82000l@istruzione.it

**OGGETTO: ADESIONE ALL’APPLICAZIONE PAGO IN RETE**

Il/la sottoscritto/a

Cognome ..............................................................................................................................................

Nome ...................................................................................................................................................

Barrare la casella corrispondente ***(cliccare sul quadratino)*** ☐ Docente ☐ Personale Ata

Indirizzo e-mail ...............................................................................................................................

al fine di utilizzare l’applicazione PagoInRete, chiede di associare al proprio nominativo.

**Dichiarazione di adesione al progetto PagoInRete**

Con la presente adesione il/la sottoscritto/a autorizza **l’Istituto Comprensivo “F.lli Mercantini” di Fossombrone (PU) –– email:** **psic82000l@istruzione.it**- ad associare il Suo nominativo al fine di utilizzare l'applicazione PagoInRete per effettuare pagamenti destinati alla scuola.

Luogo e data Firma Docente/Personale ATA

............................................................................... ..........................................................

**Dichiarazione di aver letto l’Informativa**

Con la presente dichiaro di aver letto l’Informativa sul trattamento dei dati ai sensi dell’art. 13 Regolamento UE 679/2016 “Pago in Rete”

Luogo e data Firma Docente/Personale ATA

............................................................................... ..........................................................