

Modulo d'Iscrizione al Corso CONTATTO E DISTURBI ALIMENTARI

La/Il sottoscritta/o, Cognome: Nome.....
nata/o a:..... il:..... Residente a.....
Via.....cap.....Codice Fiscale.....
TelefonoCellulare.....
e-mail:@.....

Elezione di domicilio dell'iscritto

Via..... n.Località.....prov
CAP.

chiede di essere iscritto a codesta Associazione ed al Corso

..I.. scrivente **dichiara**:

- Di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Diploma in:.....Laurea in presso
l'Università:.....Anno e voto di laurea:.....

Di aver preso visione e di accettare il regolamento del Corso: CONTATTO E DISTURBI
ALIMENTARI.

..I.. scrivente **si impegna** a rispettare i termini previsti per il saldo.

In fede

.....

(luogo e data)

.....

(firma del candidato)

Trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritt... esprime il proprio consenso, ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 30/6/2003 n.196 (codice della privacy) al trattamento dei dati personali ai fini delle necessità didattiche, amministrative e di comunicazione relative al corso.

Le informazioni raccolte saranno inserite nella nostra banca dati e utilizzate per l'invio gratuito di documentazione sui corsi dell'A.E.P.C.I.S..

Si autorizza inoltre ad utilizzare nel nostro materiale promozionale testimonianze, fotografie ed immagini in cui il partecipante venga ripreso durante i seminari.

I dati saranno conservati e utilizzati per le finalità sopra indicate e verranno cancellati decorsi i dieci anni dal conferimento.

Per ogni richiesta potrà rivolgersi al Titolare della Regolamentazione e Adempimenti Istituzionali del Corso ed esercitare i diritti a Lei attribuiti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003 e, in particolare, il diritto di ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali; di ottenere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; nonché di opporsi al loro trattamento.

Ciò premesso Le chiediamo di esprimere il consenso all'utilizzo dei Suoi dati personali ai fini sopra citati.

.....

(luogo e data)

.....

(Firma per consenso al trattamento dei dati)

Allegati: curriculum vitae firmato e attestato del versamento della quota di iscrizione al corso.