

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Corso di Aggiornamento per Assistenti di Studio Odontoiatrico - 10 ORE

Corsi di aggiornamento annuali per Assistente di Studio Odontoiatrico ai sensi dell'art.2, comma 2, del DCPM del 9 febbraio 2018 pubblicato in G.U. n.80 del 6 aprile 2018

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

CAP E CITTA' _____ (_____)

CELLULARE _____

E-MAIL _____

DATA EROGAZIONE DEL CORSO **27 LUGLIO 2024*** dalle ore **8:30** alle **13:30**

**L'ente erogatore si riserva la possibilità di rinviare l'erogazione del corso in caso di mancato raggiungimento del numero minimo dei partecipanti.*

ALLA PRESENTE ALLEGO:

- COPIA BONIFICO BANCARIO:

Beneficiario: FOR SRL; Banca: FinecoBank S.p.A.

Codice IBAN IT53A0301503200000003546703

- PRIVACY FIRMATA

Data

Firma

MODULO DI CONSENSO PER IL CANDIDATO A NORMA DEL REGOLAMENTO GENERALE
PER LA PROTEZIONE DEI DATI (GDPR UE) 2016/679

Il sottoscritto _____ codice fiscale

_____, ricevuta l' informativa che precede, ed essendo stato informato in particolare:

- dell'identità del Titolare del trattamento dei dati
- dell'identità del Responsabile della protezione dei dati,
- della modalità con le quali il trattamento avviene
- delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali
- del diritto alla revoca del consenso

dichiara di averne letto e compreso il contenuto così come indicato dai punti da 1 a 9 dell' informativa ricevuta ai sensi dell' art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 e con la sottoscrizione del presente modulo

ACCONSENTE:

ai sensi e per gli effetti dell' art. 7 del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all' informativa allegata, prendendo atto che il trattamento dei miei dati personali avverrà da parte del Titolare in piena conformità alla informativa fornita ed alla normativa in vigore in materia di tutela dei dati personali.

In particolare:

A. Con riferimento al trattamento dei miei dati personali per le finalità necessarie per lo svolgimento del corso di "Aggiornamento ASO – 10 ore"

B. Con riferimento al trattamento di miei dati riferiti alla salute, giudiziali e professionali per le finalità sopra descritte nella presente informativa

Luogo e data

_____ li, ____/____/____

Letto, confermato e sottoscritto

Firma leggibile per esteso

Firma _____