Centro di Ricerche e Formazione Scientifica

RICHIESTE INFORMAZIONI
PERFEZIONAMENTO IN SEGUITO

Il/la sottoscritto/a,

Nome*________________________________Cognome*________________________________

Data di nascita Comune di Nascita Provincia

Codice Fisale

Indirizzo di Residenza via____Cap____________

Città____Prov____________

Professione______________________________Specializzazione____________________________

Tel ______________________________________Cell_____________________________________

E-mail-*_______________________________@____

Master Formativo di Neuroscienze dal 11 al 17 Novembre 2019

☐ Desidero usufruire dei crediti ECM

Data____Firma____

Normativa sulla privacy

Autorizzo il trattamento dei dati presenti nella sopra compilata scheda ai sensi del c.d. “GDPR” (Regolamento UE 2016/679), per le finalità ivi previste. I dati verranno conservati su supporto cartaceo e telematico ed in merito agli stessi verranno adottate le opportune misure di sicurezza. Il candidato in ogni momento ha diritto di accedere a tali dati e ottenere la rettifica o l’aggiornamento degli stessi. Avendo ricevuto l’informativa prescritta dalla legge, il sottoscritto, con il presente atto, dà il proprio consenso al trattamento degli stessi da parte del Centro Ricerca e Formazione Scientifica e dichiara di essere stato messo a conoscenza che il responsabile del trattamento dei dati, fino a nuova comunicazione, sarà il Presidente della stessa.

Data____Firma____