

CORSO DI FORMAZIONE
28 APRILE 2018 – C\O AULA BRASCA - POLICLINICO GEMELLI DI ROMA

ANAGRAFICA			
TITOLO <input type="checkbox"/> Dott. <input type="checkbox"/> Dott.ssa <input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/> Prof.ssa <input type="checkbox"/> Sig. <input type="checkbox"/> Sig.ra			
FAMIGLIA DELLA FONDAZIONE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se SI inserire i dati di un solo rappresentante della famiglia			
NOME		COGNOME	CODICE FISCALE
DATA DI NASCITA / /		COMUNE/STATO ESTERO DI NASCITA	
INDIRIZZO			N.
CAP		COMUNE	PROV
TELEFONO		MAIL	
ALTRE INFORMAZIONI			
INTERESSATO AL RILASCIO DELL'ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
LUNCH	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	PER LE FAMIGLIE DELLA FONDAZIONE SPECIFICARE IL N. DI PERSONE _____
CONSENSO TRATTAMENTO DEI DATI			
Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", in merito al trattamento dei dati sopra indicati, per la sola finalità di:			
<ul style="list-style-type: none"> - gestione delle pratiche di iscrizione dell'evento di cui sopra; - Rilascio Attestato di Partecipazione; 			
<input type="checkbox"/> Acconsento <input type="checkbox"/> Non acconsento			
al trattamento dei miei dati personali per l'invio di comunicazioni informative e newsletter da parte della Fondazione il Cuore in una Goccia Onlus in relazione alle iniziative della stessa.			

All'atto della sottoscrizione si dichiara di aver preso visione delle clausole relative alle iscrizioni e cancellazioni presenti sul sito www.ilcuoreinunagoccia.com

Si prega di compilare la scheda ed inviarla via mail a info@ilcuoreinunagoccia.com o via whatsapp al 3938505674

DATA _____

FIRMA _____