



Studio Logopedico Messini

SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO

DISFUNZIONE TUBARICA

PRESA IN CARICO LOGOPEDICA

METODO MESSINI

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO CON SCRITTURA LEGGIBILE

NOME E COGNOME _____

Email _____ **tel.** _____

Residente a _____

Via _____ **Città** _____ **(Pr)** _____

PROFESSIONE: _____

(Indicare la professione)

Iscritto all'Albo di _____ **n.** _____

Sede della struttura di lavoro: _____

Indirizzo: _____

AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome: _____

Nato/a a: _____ il _____

Residente in: _____

Codice fiscale: _____

Telefono / e-mail _____

AUTORIZZA

(ai sensi degli artt. 10 c.c., 96 e 97 L. 633/1941 e del Regolamento UE 2016/679 – GDPR)

La titolare del trattamento dei dati:

Dott.ssa Liana Messini (da ora indicata come **titolare**), per conto dello Studio Logopedico Messini con

sede in viale Mazzini, 1 LATINA (LT)

a utilizzare i suoi dati personali:

- Nome
- Cognome
- Luogo e Data di nascita
- Luogo di residenza
- Codice Fiscale
- Telefono
- Email

raccolti in occasione della

Iscrizione al corso di formazione tenuto dalla **titolare**.

Con finalità di iscrizione effettiva al corso, e comunicazioni inerenti a quest'ultimo.

La presente autorizzazione è da intendersi a titolo gratuito, senza limiti di tempo né di territorio, salvo revoca scritta da parte dell'interessato.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

- di non avere nulla a pretendere per l'utilizzo del materiale sopra descritto;
- di essere stato/a informato/a dei propri diritti ai sensi del GDPR, tra cui il diritto di accesso, rettifica, cancellazione e opposizione al trattamento;
- di poter revocare in qualsiasi momento la presente autorizzazione, scrivendo all'indirizzo e-mail: liana.messini@yahoo.it oppure info@studiomessini.com.

Luogo e data: _____

Firma leggibile: _____
