



Centro di Ricerche e Formazione Scientifica

Richiesta Tutor

Il/la sottoscritto/a _____

Nome _____ Cognome _____

Professione _____ Specializzazione _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Cod.fiscale _____ P.Iva _____

Luogo e data di nascita _____

Tel _____ Cell _____

E-mail _____ @ _____

Ha partecipato al Corso "Mente e Cervello – Il Ruolo principale del cervello nelle malattie e nei disturbi dell'organismo – Cologno al Serio – dal 3 al 9 Giugno 2019:

Con ECM

Senza ECM

CHIEDE

Di essere seguito nell'anno tutoraggio dal Dott _____

Specificare materie di interesse:

- Fitoterapia
- Nervi Cranici
- Lateralità Cerebrale
- Nutrizione Cervello
- Curva Bifasica
- Pnei
- Embriologia Evolutiva
- Mappatura Cerebrale

Note

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 _____