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 a partire da novembre 2021

☐ 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_____

Via cufra 38 - 20159 Milano Tel. 0239545289
www.scuoladineuroscienze.it
segreteria@cerebrosrl.it