

lo sottoscritto, \_\_\_\_\_

n. di iscrizione all'Albo \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_

con la presente acconsento al trattamento dei miei dati personali da parte di SOCIETÀ ITALIANA DI  
MEDICINA ESTETICA E CHIRURGIA NON ABLATIVA - S.I.M.E.C.N.A. V.LE DELLA MARINA 9 00122  
ROMA al fine di

1. Autorizzo i relativi trattamenti obbligatori delle informazioni fornite punti b) e c) §2 dell'informativa (*)	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. Dare luogo agli adempimenti previsti dallo Statuto dell'Associazione punto a) §2 dell'informativa	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. Autorizzo i trattamenti Commerciali punto d) §2 dell'informativa	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. Autorizzo i trattamenti Informativi punto e) §2 dell'informativa	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**(\*) la mancata autorizzazione comporta l'impossibilità di proseguire il rapporto in essere con S.I.M.E.C.N.A.**

Sono consapevole e sono stato informato del fatto di potere revocare il consenso in qualunque momento utilizzando il "MODULO DI RECESSO DELL'INTERESSATO," e inviandolo per email all'indirizzo v.crapanzano@gmail.com o spedendolo per posta all'indirizzo SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA ESTETICA E CHIRURGIA NON ABLATIVA - S.I.M.E.C.N.A. V.LE DELLA MARINA 9 00121 ROMA

Firmato da [ \_\_\_\_\_ ]:

Firma:

Data:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_