

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