

Io sottoscritto, _____ 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 00121 ROMA al fine di *(specificare i trattamenti autorizzati, oltre gli obbligatori per legge per i quali non è necessaria autorizzazione)*

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.	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3.	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4.	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:

Date:
