

CLINICA NUOVA RICERCA RIMINI

Via I. Settembrini 17/H 47923 Rimini – 0541319411

ISCRIZIONE AL 3° CORSO PMA Rimini

il “Disegno” di un bambino

24-25 settembre 2021-06-27 Sala Acqua SGR

Cognome _____ Nome _____

MEDICO BIOLOGO INFERMIERE

Specifica Disciplina/Qualifica _____

Luogo di lavoro _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Cell. _____ Email _____

Cod. Fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

Io sottoscritto dichiaro di aver preso conoscenza dell'informativa di cui all'art. 13 del D.L. 196/2003 codice in materia di protezione dei dati personali e del Regolamento EU2016/976 (GPDR) e dei diritti che mi spettano e presto il mio consenso al trattamento dei miei dati personali.

Data _____

Firma _____

Inviare: destefani.pma@nuovaricerca.com