

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritt_ Cognome e Nome _____

C.F. _____

Qualifica _____

Ente di appartenenza _____

Tel./ cellulare _____ email _____

chiede di essere iscritto al Corso Didattico:
“TEACHING E PARENT TRAINING nei disturbi dello Spettro Autistico”

che verrà svolto con le seguenti modalità:

Sede: Comune di Riano - Largo Montechiara n. 1 - Riano (Roma)

Data di svolgimento: 16 e 17 Ottobre 2014

Orario: dalle ore 15,00 alle ore 19,30

PRIVACY- Informativa ex art. 13 D.lgs n. 196/2003

Ai sensi del D.lgs n. 196/2003, le informazioni fornite verranno trattate per le finalità di gestione amministrativa dei corsi, convegni e la formazione di elenchi e mailing list. I dati potranno essere utilizzati per la creazione di archivi cartacei o informatici e ai fini dell'invio, via email, fax o posta, di proposte per futuri corsi o convegni organizzati dalla ASL. Potrà accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc..) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento presso l'Ufficio Privacy aziendale sito presso la Sede Legale di Via Terme di Traiano n. 39/a tel. n. 0696669100 email: ufficio.privacy@aslrmf.it

Data _____

Firma _____