**Comunicazione dati personali per iscrizione al corso**

Modulo da compilare e inviare a traversimarcello@gmail.com come necessaria integrazione per l’iscrizione al “*Corso di Formazione e Ricerca per l’aggiornamento delle professioni olistiche della salute*” che si svolgerà Sabato 13 e domenica 14 ottobre 2018 a Firenze. ( \* )

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Cognome  |  |
| Indirizzo: Via Numero Cap Località Provincia  |  |
| Telefono |  |
| E-mail |  |
| Codice Fiscale |  |
| Titolo di Studio  |  |
| Curriculum (Breve Sintesi)  |  |
| Particolari interessi, in relazione a:1. Suono/Canto Terapeutico,
2. Stati di Coscienza,
3. Bioquantica della Salute (Quantum Healing)
 |  |

( \* ) [ ]  Percorso completo: seminario di 2 giorni + tirocinio

 [ ]  Solo seminario di 2 giorni, escluso il tirocinio

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informativa Privacy.**

Confermo di aver preso visione e accettare l’informativa sull’utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell’art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003 e ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR - Regolamento UE 2016/679, consento al loro trattamento nella misura necessaria per l’organizzazione del corso. Informativa completa visibile nell’allegato “Informativa sulla Privacy”.

Barrare la casella e firmare per dare il consenso:

[ ]  Accetto *(il consenso è obbligatorio per poter iscriversi al corso)*

[ ]  Non accetto

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_