



MODULO DI PRESCRIZIONI

Il/la sottoscritto/a _____ nata/o il _____

a _____

residente in _____ via/piazza _____ nr. _____

Titolo di studio _____

Recapito telefonici _____

e-mail _____

CHIEDE

Di poter essere ammessa/o ad uno dei seguenti Corsi di Medicina Osteopatica:

- Corso di Medicina Osteopatica quinquennale.
- Corso di Medicina Osteopatica triennale
- Corso di Medicina Osteopatica – Dottorato di Ricerca
- Corso di Medicina Osteopatica – F.C.O. – Post Graduate
- Corsi Monotematici

INFORMATIVA AI SENSI DELL'art. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i. I dati personali acquisiti saranno utilizzati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento e la gestione delle attività legate agli scopi dell' Alessandro IV Group S.r.l. Ai sensi del D.lg. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., ha il diritto di accedere ai propri dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati nei limiti di cui alla stessa.

Autorizzo

Firma

Alla presente si allega:

Copia documento d'identità e C. F (o tessera sanitaria); Copia conforme del titolo di studio; Numero 3 fototessera; Curriculum vitae.