



COLLEGIO INDIPENDENTE SUBALPINO
ARTI FARMACEUTICHE

Sede: 10139 Torino - V. Oulx, 25/b
Tel. 011336764 – e-mail: info@cisaf.org - www.cisaf.org
P.I. 09293960010

MODULO DOMANDA DI ISCRIZIONE

Cognome _____
Nome _____
Indirizzo _____
Cap _____ Città _____ Prov _____
Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° tel Abitazione _____
N° tel Farmacia _____
Altro n° tel _____
Luogo e Data di nascita _____
Laureato/a in _____

Posizione professionale:

Farmacista territoriale: Titolare <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Collaboratore _____ Farmacista ospedaliero/a / ASL _____ Informatore _____					Pensionato _____ Docente Universitario (Facoltà di _____) Studente iscritto alla Facoltà di Farmacia _____

Indirizzo e-mail _____
(indispensabile per ricevere comunicazioni e circolari)

Presentato/a da (1) _____ (2) _____

Data richiesta iscrizione _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Ai sensi della Legge n.675 del 31 Dicembre 1996 sulla tutela dei dati personali
In relazione all'informativa scritta da Voi ricevuta ai sensi dell'art. 10 della Legge n.675 del 31/12/1996, prendo atto che le attività ed i servizi da Voi prestati richiedono l'elaborazione ed il trattamento dei miei dati personali, da Voi eseguito direttamente ovvero a mezzo di società esterne (società di servizi e di consulenza; società di consulenza e informazione sanitaria e farmaceutica; società di acquisizione, registrazione ed elaborazione dati anche a fini statistici) alle quali verrà data comunicazione dei suddetti miei dati personali, che sono contenuti in documenti a Voi forniti dal sottoscritto e, conseguentemente

do il consenso

all'elaborazione ed al trattamento dei miei dati personali da Voi eseguito direttamente ovvero a mezzo delle società esterne di cui sopra.

Sono consapevole che in mancanza del mio consenso Voi non potrete fornirmi servizi diversi da quelli per i quali non è previsto tale trattamento e tali comunicazioni a terzi e trattamenti correlati.

DATA _____ FIRMA _____