



Prof. Dr.

Nome _____ Cognome _____

Professione _____ Disciplina _____

Struttura di appartenenza _____

Reparto (per es. Oncologia, Ostetricia e Ginecologia, ecc) _____

Referente MaNGO della Struttura _____

N° Iscrizione Albo di Categoria _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____ Provincia _____ Città _____

Tel. _____ E-mail _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Essendo stato informato:

- dell'identità del titolare del trattamento dei dati
- dell'identità del Responsabile della protezione dei dati
- della misura e delle modalità con le quali il trattamento avviene
- delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali acquisiti
- del diritto alla revoca del consenso

Così come indicato dalle lettere a, b, c, d, e, f, h dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 e consultabile all'indirizzo www.delphiinternational.it/privacy-policy, con la sottoscrizione del presente modulo

ACCONSENTO

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei propri dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

L'eventuale cancellazione della propria iscrizione potrà essere prontamente ottenuta scrivendo all'indirizzo: unsubscribe@delphiinternational.it

Poichè in occasione dell'evento potrebbero venire effettuate per fini didattici/formativi/informativi - anche a mezzo web - riprese fotografiche/video nelle quali il/la sottoscritto/a potrebbe comparire, AUTORIZZO sin da ora DELPHI INTERNATIONAL SRL, in qualità di proprietario delle riprese, ad utilizzare la mia immagine per i fini sopra indicati. Nel caso in cui tale materiale venga utilizzato con finalità diverse, il proprietario delle riprese dovrà formulare, al sottoscritto/a, preventiva richiesta scritta.

Autorizzo Non Autorizzo

Acconsento al trattamento dei miei dati personali per l'invio da parte del Mario Negri Gynecologic Oncology group (MaNGO) di comunicazioni riguardanti la propria attività istituzionale anche avvalendosi di mezzi di comunicazione a distanza (lettere, telefono, email).

Autorizzo Non Autorizzo

Data _____ Firma _____