

# RICHIESTA D'ISCRIZIONE AL CORSO DI ALTA FORMAZIONE IN PSICOLOGIA DEL DOLORE ISAL 2018

\* Campo obbligatorio

Cognome e Nome*		
Luogo e data di nascita*		
Residenza*		
C.F. / P. IVA*		
Telefono/cellulare*		
E-mail*		
Laureato in*		
Nell'anno*		
Presso l'Università*		
Specializzazione in*		
Iscritto all'Ordine*		
Numero d'iscrizione*		
Luogo/reparto in cui viene svolta l'attività professionale*		
Sede del lavoro (Via, CAP, città, tel/fax)		
Qualifica		
Data*		

## CONSENSO

**Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016**

L'informativa sulla privacy è consultabile sul sito [www.fondazioneisal.it](http://www.fondazioneisal.it).

L'interessato:

presta il consenso

nega il consenso

affinché riceva informazioni inerenti iniziative e attività (anche formative) ritenute di suo interesse, organizzate dalla Fondazione ISAL, mediante newsletter, e-mail, sms, WhatsApp, Facebook, posta cartacea e/o chiamate dirette tramite operatore.

Per presa visione e accettazione

Firma