

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

CENTRO MEDICINA DELLO SPORT SRL DI BELLUNO (REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679)

Il sottoscritto _____ Codice Fiscale _____

Nato a _____ In data _____

Residente a _____ Via _____

Telefono _____ Cellulare _____

E-Mail _____

In qualità di titolare della responsabilità genitoriale del minore

Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____

Nato a _____ In data _____

Residente a _____ Via _____

Preso atto dell'informativa e dei diritti a me riservati in tema di trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, al trattamento dei miei dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa, per le finalità indicate e nei limiti di cui alla stessa.

DA IL CONSENSO

NEGA IL CONSENSO Firma _____

Per quanto riguarda la comunicazione dei miei dati personali a soggetti che svolgono attività funzionalmente collegate all'esecuzione del servizio, quali: attività di elaborazione, registrazione ed archiviazione dei dati, attività bancaria e finanziaria.

DA IL CONSENSO

NEGA IL CONSENSO Firma _____

Per quanto riguarda l'utilizzo dei miei dati personali per attività di E-mail Marketing/ invio di SMS.

DA IL CONSENSO

NEGA IL CONSENSO Firma _____

Solo ed esclusivamente a CENTRO MEDICINA DELLO SPORT SRL

Senza il consenso espresso del soggetto interessato (ai sensi dell'art 7 del Reg. UE 2016/679) non si potrà fornire all'interessato i servizi e/o i prodotti richiesti, in tutto o in parte.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati è CENTRO MEDICINA DELLO SPORT SRL, Viale Dendrofori 4/6, Belluno.

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi degli artt. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 20 del reg. UE 2016/679, per avere informazioni, accesso, portabilità, rettifica, cancellazione o limitazione sul trattamento dei Suoi dati.

Letto, confermato e sottoscritto

_____, il _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)