



**FISIOLOG**  
CENTRO MEDICO

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

*La valutazione logopedica dinamica  
del bambino/ragazzo con Disturbo  
dello Spettro Autistico*

**INFORMAZIONI SUL PARTECIPANTE**

**NOME** \_\_\_\_\_ **COGNOME** \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Indirizzo privato**

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel cell \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**ESIGENZE PARTICOLARI**

La preghiamo di indicare di seguito esigenze di tipo medico o alimentare (es. Pasti per celiaci, accesso per disabili ecc. Ecc.)

PRESIDI PER DIVERSAMENTE ABILI \_\_\_\_\_

ESIGENZE ALIMENTARI \_\_\_\_\_

**QUOTE DI ISCRIZIONE**

**QUOTE DI ISCRIZIONE**

**Entro il 5  
marzo**

**Dopo il 5 marzo**

CORSISTI

€ 200 + IVA (€  
244,00)

€ 250 + IVA  
(€305,00)

PER STUDENTI

SEGUIRE INDICAZIONI  
MAIL

**La quota è comprensiva del pranzo che si terrà all'interno del Birrificio Flea.**



- Pediatra

**NON VERRANNO ACCETTATI I DOCUMENTI CONSEGNATI DA ALTRI DIVERSI DAL PARTECIPANTE STESSO**

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

*Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation)*

*Gentile Signore/a, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela*

*delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:*

*1. Finalità del Trattamento I dati da Lei forniti verranno utilizzati allo scopo e per il fine di ottemperare agli accordi intercorsi tra le parti,*

*2. Modalità del Trattamento Le modalità con la quale verranno trattati i dati personali contemplano l'archiviazione cartacea e digitale delle informazioni*

*3. Conferimento dei dati Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 sono (obbligatori per lo svolgimento della consulenza e l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta l'impossibilità di procedere oltre*

*4. Comunicazione e diffusione dei dati: i dati forniti non saranno soggetti a comunicazione né a diffusione*

*5. Titolare del Trattamento Il titolare del trattamento dei dati personali è Centro medico Fisiolog SRL. nella persona del suo legale rappresentante Sante Casciani.*

*6. Diritti dell'interessato In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto*

*di:*

*a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;*

*b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i*

*dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;*

*c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;*

*d) ottenere la limitazione del trattamento;*

*e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;*

*f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;*

*g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.*

*h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;*

*i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;*

*j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.*

*Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a Centro Medico Fisiolog s.r.l., all'indirizzo postale della sede legale o alla mail infofisiolog.com.*

*Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.*

*Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta*

esprimo il consenso  NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso  NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

esprimo il consenso  NON esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede

*Il titolare del trattamento è la società:*

*Centro Medico Fisiolog, via del Rigo 46, 06022 Fossato Di Vico PG*

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_