



BLS-D Academy

Modulo di iscrizione al corso

Cognome: _____ **Nome:** _____

Data di nascita: _____ Luogo: _____

Indirizzo: _____

CAP: _____ Città: _____ Prov. _____

Telefono: _____ Cell: _____

e-mail: _____ Facebook _____

CF: _____



Iscrizione al corso:

<input type="checkbox"/> BLS-D / PBLIS-D	<input type="checkbox"/> Basic Trauma Care	<input type="checkbox"/> BLS-D Sanitario
<input type="checkbox"/> PTC Base Laico	<input type="checkbox"/> PET First Aid	<input type="checkbox"/> Pediatric First Aid
<input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare</i>): _____		

Informativa

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 679 del 2016 e D.Leg. 30.06.2003, n. 196), si informa che i dati personali, anche sensibili (dati relativi allo stato di salute), da Lei forniti saranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata. I dati forniti saranno trattati per le finalità istituzionali, connesse o strumentali alle attività della nostra azienda, vale a dire per lo svolgimento di corsi teorico-pratici, per l'adempimento di obblighi contrattuali, normativi (in particolare contabili e fiscali) oltre che per fornirLe informazioni sui nostri prodotti, servizi e attività.

Titolare del trattamento è l'istruttore

Il trattamento sarà effettuato presso la sede del titolare attraverso modalità cartacee e/o attraverso strumenti elettronici e sarà curato solo da personale da questa incaricato.

I Suoi dati potranno essere comunicati ai consulenti del titolare nominati responsabili del trattamento al fine di adempiere a specifici obblighi di legge.

I suoi dati potranno essere altresì comunicati a BLS-D Academy di Francesca Mari (che agisce in qualità di autonomo titolare) per l'emissione dei relativi attestati e diplomi.

La informiamo inoltre che, in relazione al predetto trattamento, Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del citato Codice e, in particolare, potrà accedere ai Suoi dati personali, chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, errati o raccolti in violazione di legge, nonché opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi al Titolare sopra indicato.

Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio per la frequenza del corso e per il conseguimento della relativa certificazione.

Consenso

Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi del Regolamento UE 679 del 2016 e dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, esprimo il mio consenso al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili, da parte della Vs. società e alla loro comunicazione nei limiti e con le modalità ivi indicate.

Data _____ Firma _____

Consegna kit didattico

Io sottoscritto _____ dichiaro di avere ricevuto in data _____
il kit didattico BLS-D Academy del corso _____ firma _____

Completamento del corso

Io sottoscritto _____ dichiaro che mi sono stati spiegati tutti gli argomenti e
di avere provato tutte le manovre previsti per il corso _____ firma _____