

RICHIESTA DI AGGIORNAMENTO DEI DATI (SCUOLA)

La/il sottoscritta/o _____
in qualità di rappresentante legale dell'istituto _____

CHIEDE

la variazione dei seguenti dati come di seguito indicato:

Dati anagrafici del rappresentante legale

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ provincia _____
residente in _____ provincia _____
indirizzo _____
codice fiscale _____ partita IVA _____
telefono _____ fax _____
cellulare _____ eMail _____

Dati dell'istituto di formazione

Denominazione _____
indirizzo _____
C.A.P. _____ città _____ provincia _____
telefono _____ fax _____
eMail _____ sito web _____

Altri dati

Eventuali altre variazioni: _____

| | | | | | |
|----------------|------------|----------------|--|------------------|--------|
| ASSOCOUNSELING | | | MODULO DI VARIAZIONE DEI DATI PERSONALI – SCUOLE – M05 | | |
| DATA EMISSIONE | 09/07/2009 | DATA REVISIONE | 18/10/2018 | INDICE REVISIONE | REV. 2 |

E A TAL FINE DICHIARA

sotto la propria responsabilità che i dati così riportati corrispondono al vero.

Data

Firma

Dichiaro inoltre di essere informato che ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (GDPR) i dati richiesti saranno utilizzati solo per i fini istituzionali previsti dallo Statuto di AssoCounseling e che gli interessati possono avvalersi di quanto previsto dagli articoli 7 e 15-22 del GDPR. L'informativa integrale è pubblicata sul sito www.assocounseling.it Il sottoscritto autorizza espressamente AssoCounseling al trattamento dei propri dati personali.

Firma

Autorizzo AssoCounseling alla pubblicazione dei dati dell'ente di formazione sul sito web dell'associazione.

Firma

| | | | | | |
|----------------|------------|----------------|--|------------------|--------|
| ASSOCOUNSELING | | | MODULO DI VARIAZIONE DEI DATI PERSONALI – SCUOLE – M05 | | |
| DATA EMISSIONE | 09/07/2009 | DATA REVISIONE | 18/10/2018 | INDICE REVISIONE | REV. 2 |