

MODULO DI ISCRIZIONE
Aggiornamento Formativo – ASO Obbligatorio
Assistente di Studio Odontoiatrico

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ () il _____
residente in _____ Prov. _____
in Via _____ n° _____ Tel. _____
e –mail _____ C.F. _____
che lavora presso lo studio _____

CHIEDE

di essere ammesso/a/l'ammissione al corso di aggiornamento formativo della durata di ore 10 per la
qualifica **ASO** per l'anno _____ presso la sede del Centro Studi Civita 2000 sas

DICHIARA di lavorare presso

- Studio medico associato ANDI Altro

Indicare eventuale preferenza sede di svolgimento del Corso di Aggiornamento:

- sede di Roma
 sede di Civita Castellana
 sede di Frosinone
 sede di Rieti

Consenso al Trattamento dei Dati

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità che mi sono state dette, spiegate e che ho letto nell'informativa privacy e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai fini della legge ([Regolamento UE 2016/679](#) GDPR) L'allievo/a _____ acconsente all'utilizzo del materiale fotografico ed audio video registrato con proprie immagini per eventuali pubblicazioni ed esposizioni curate dal Centro Studi Civita sas o chi per essa ([Regolamento UE 2016/679](#) GDPR)

Firma Nome e Cognome dell'allievo/allieva