

MODULO RICHIESTA BLU CARD

ENTE di APPARTENENZA: **ADIRC - Associazione Dipendenti Roma Capitale**

NOME & COGNOME ASSOCIATO:.....

INDIRIZZO:.....

CAP:..... CITTA':..... PROVINCIA:.....

LUOGO e DATA di NASCITA:.....



TEL.:.....



CELL.:.....



E-MAIL:.....

FAMILIARI

NOME e COGNOME:.....

NOME e COGNOME:.....

NOME e COGNOME:.....

NOME e COGNOME:.....

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs.196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. A tal fine Le forniamo le seguenti informazioni: Il trattamento sarà effettuato con modalità manuali, telematiche e informatizzate; I dati non saranno comunicati ad altri soggetti se non facenti parte del Gruppo Artemisia Lab con logiche e modalità sempre correlate a servizi clinici richiesti ed a iniziative promozionali da parte di società del Gruppo Artemisia Lab; In qualsiasi momento potrà richiedere l'eliminazione delle informazioni personali da Lei rilasciate. Sarà sufficiente inviare una comunicazione alla Sede Legale del Centro specificando quali informazioni si desidera vengano cancellate.

Titolare del trattamento dei dati è Artemisia Lab, sede legale Via Velletri 10 00198 Roma.

Acconsento inoltre al trattamento dei miei dati, anche con sistemi automatizzati (telefono, sms, email, fax), per l'invio di comunicazioni promozionali alle newsletter da parte di Artemisia Lab.

DATA:..... FIRMA:.....

BLU CARD rilasciata e consegnata da:.....