



Domanda di ammissione al **CORSO BASE PER OPERATORE SHIATSU**

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Indirizzo _____

Tel./Casa _____ Cell. _____ Uff. _____

Codice fiscale _____

Attività/Professione _____ Indirizzo e.mail _____

Indicare in che modo si è venuti a conoscenza del corso _____

Interesse al corso Triennale _____

**INVIARE ADESIONE A MEZZO FAX O MAIL
DIRETTAMENTE ALLA SEGRETERIA CORSI
TELEFONO 010.59.34.14
MAIL: info@studiericercshatsu.com**

Ai sensi del Dlg.vo 196/03, Artt. 7, 8, 9, 10 3 23

INFORMATIVA : AFFERENTI ALLE NOSTRE SEDI E INTERESSATI

Si informa la spettabile clientela, i fornitori e tutti gli afferenti che la nostra società ha adottato le "Misure Minime di Sicurezza" prescritte dal Dpr.318/99 in applicazione della Legge 675/96 per la tutela e la riservatezza delle informazioni personali. Dal Gennaio 2004 la nostra Società ha recepito le prescrizioni del Testo Unico di cui al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

SI INFORMA PERTANTO:

1. **richiede** che informazioni personali eventualmente fornite siano sottoscritte dagli Interessati per il quale sussiste obbligo di consenso,
2. **conserva** i dati raccolti proteggendone l'accesso e/o l'uso da parte di terzi non incaricati,
3. **si impegna** alla non divulgazione esterna (diffusione) delle informazioni personali fuori dagli scopi per cui i dati sono forniti dagli interessati e/o dai termini per il quale viene fornito consenso,
4. **salvaguarda** l'integrità delle informazioni cartacee e/o informatiche dal deperimento, dalla perdita e/o dalla distruzione accidentale,
5. **garantisce** l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione dei dati personali su richiesta degli Interessati secondo i diritti di cui al Codice negli Art. 7 e 8,
6. **Tratta** eventuali fotocopie di documenti solo internamente distruggendole quando non più necessarie e/o comunque limitatamente alle finalità dichiarate nel proprio DPS.

La società nella persona del Titolare della sicurezza ha individuato, nominato e delegato anche un "**Responsabile del Trattamento**" e ha formato e informato i propri "**Incaricati del Trattamento**" quali operatori e addetti, in ragione di esperienza, competenze e al meglio della tecnologia sostenibile secondo principi di semplicità e necessità. Chiarimenti possono essere richiesti a mezzo postale o presso la segreteria della Società.

Luogo e data _____ Firma per accettazione _____