



MODULO DI RICHIESTA INVIO NEWS LETTER DEL PREMIO SALUTE

Nome **		/ Cognome **	
Indirizzo-			
Città	/ CAP	/Azienda	/Privato
Telefono		/ CELL.	
E-mail **			
C./F. – P. Iva		/ Partecipante/i aggiuntivi numero :	

Nota: Nome, Cognome ed indirizzo email sono obbligatori per consentire la spedizione della news letter, gli altri dati sono facoltativi . Barrare se Azienda o Privato

Si precisa che il richiedente autorizza l'invio delle news letter e che può richiedere in qualsiasi momento la modifica o la cancellazione del servizio di invio.

Informativa – In ottemperanza alle vigenti leggi sulla privacy- concedo il pieno consenso al trattamento dei dati sensibili così come previsto dalla L. 675/96 e successive modifiche. Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, La informiamo che i dati forniti in questa scheda verranno trattati con supporto cartaceo e/o informatico, esclusivamente per finalità attinenti alla gestione dell'iniziativa a cui si chiede di aderire e potranno essere utilizzati dal Titolare o da Strutture ad esso collegate per la promozione di altre attività simili. Il titolare del trattamento è Maurizio Foschi, Casella postale 62-21021 Angera (VA), email foschi@lifepress.it. In ogni momento si potranno esercitare i diritti (accesso, correzione, cancellazione, etc.) di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003.

Data -

Firma - AUTORIZZO _____