

MODULO DI PARTECIPAZIONE AL CORSO HILTERAPIA ®
Sabato 25 febbraio 2012

***** **Dati personali** *****

COGNOME:	NOME:	
NATO/A A:	DATA DI NASCITA gg/mm/anno:	
OPERATIVO/A C/O: :		
VIA	Nr.	
CAP	CITTA'	PROV.
CELL	TEL fisso	
E-MAIL :	FAX	

Il corso è gratuito

**DA RESTITUIRE COMPILATA TRAMITE FAX 0546/29571 O TRAMITE MAIL
commerciale@medilab-pd.it**

Legge Privacy trattamento dati personali:

Do il consenso e la mia autorizzazione all'uso di materiale fotografico e video concernente l'attività svolta da me medesimo durante il corso, per qualsiasi uso purchè legittimo senza remunerazione. Esprimo il consenso ad utilizzare i miei dati personali da parte di **Medilab Pd s.r.l.** per scopi legati esclusivamente e lecitamente all'esercizio della vostra attività, in relazione alla legge n. 196 del 30/06/2003

Data

Firma