

**RICHIESTA AMMISSIONE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A	
NATO /A A	
RESIDENTE IN	
VIA/C. DA/ PIAZZA	
DOMICILIATO/A A	
VIA/C. DA/ PIAZZA	
CON TITOLO DI STUDIO	
RECAPITO/I TELEFONICO/I	
INDIRIZZO/I E-MAIL	

CHIEDE

Alla Segreteria di codesta Accademia di poter essere ammesso/a al Corso _____

per l'A.A. _____ presso la sede di _____

All'atto della presente sottoscrizione, il candidato allievo, acconsente a l'utilizzo dei dati personali in riferimento al **Regolamento UE n. 2016/679** in materia di protezione dei dati personali (GDPR). Secondo quanto previsto dagli **artt. 15 -22 del GDPR** (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, portabilità, opposizione e processo decisionale automatizzato) può scrivere alla casella email: **info@medicinaosteopatica.com** . Per tutte le questioni riguardanti il trattamento dei Suoi dati, può contattare gli uffici di segreteria ed il responsabile dei dati personali a: **infopravacyforisgroupsrl@gmail.com**

Preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati nei limiti di cui la stessa.

Autorizzo,

Firma leggibile _____

Luogo data _____

Alla presente si allegano : copia documento d'identità e c.f.; copia conforme de titolo di studio; numero 3 fototessera e curriculum vitae, da far pervenire personalmente alla Segreteria Accademica del territorio prescelto entro il tempo perentorio previsto dal regolamento di ammissione riportato dal documento ufficiale disponibile sul sito dell'Accademia Alessandrina (www.medicinaosteopatica.com)